



UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA
Facultad de Psicología

Tesina de Licenciatura en Psicología

**FACTORES DE RIESGO SUICIDA EN
ADOLESCENTES DE SAN CARLOS**

Tesinista: ARRUTI, Gisela

Directora de Tesina: Dra. María de los Ángeles
Páramo

Mendoza, 2013

HOJA DE EVALUACIÓN:

TRIBUNAL

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesora invitada: Dra. María de los Ángeles Páramo

NOTA

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por haberme guiado a lo largo de mi vida, por ser mi camino y estar conmigo en cada paso que doy. Por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente. Y por haber puesto a mi lado a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante mi vida.

Detrás de cada sueño siempre hay personas que nos apoyan y que creen en nosotros. Son seres especiales que nos animan a seguir adelante en nuestros proyectos brindándonos, de diferentes maneras, su solidaridad. En mi caso, le doy gracias a:

Mis padres Teresita y Osvaldo, a quien le debo la vida. Gracias por apoyarme en todo momento, y sin escatimar esfuerzo alguno sacrificaron gran parte de su vida para educarme y haberme formado con buenos sentimientos, hábitos y valores. Por el esfuerzo realizado por ellos para darme la oportunidad de estudiar esta carrera. Les agradezco el cariño y su comprensión y por darme la fuerza para seguirme superando.

A mis abuelos Carmen, Marcelo y Antulio por haber creído en mi hasta el último momento y ser ejemplo de vida a seguir. Gracias por el gran amor y la confianza que siempre me brindaron.

A mis amigos Nati, Cintia, Uciel y Marlene por confiar y creer en mí, y haber hecho de mi vida un trayecto de vivencias que nunca olvidaré, quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad.

A Sebastián por ser mi compañero incondicional y lo más hermoso de mi vida, mi fortaleza en los momentos de debilidad, y por brindarme felicidad, apoyo y alegrías.

A mis tíos Adrian y Nancy por todos los consejos y contención recibido en los momentos difíciles de la vida y a mis hermanas por ser parte de mi vida.

A mi directora de Tesina Dra. María de los Ángeles Páramo, por su compromiso ético y profesional. Le agradezco la confianza, apoyo y dedicación de tiempo, por haber compartido conmigo sus conocimientos y sobretodo su amistad.

A Graciela y Miguel por el cariño y apoyo que siempre he recibido cuidándome y tratándome como a una hija.

A todos ellos gracias por ayudarme cada día a cruzar con firmeza el camino de la superación, porque con su apoyo y aliento hoy he logrado uno de mis más grandes anhelos.

Mis ideales, esfuerzos y logros han sido inspirados en ellos.

RESUMEN DEL TRABAJO:

Este estudio descriptivo **tiene como objetivo general** evaluar el nivel de orientación suicida y las actitudes hacia la vida y la muerte que inciden en el suicidio en adolescentes. **Metodología:** **Se utilizó un diseño transversal con encuestas.** Se trabajó con una muestra intencional de 30 adolescentes escolarizados, de ambos sexos, de un colegio secundario del departamento de San Carlos, a quienes se les administraron técnicas cuantitativas: ISO-30 (Inventario de Orientaciones Suicidas, King & Kowalchuk, 1994, adaptación de Casullo, 1997) y la MAST (Escala Multiactitudinal de Tendencias Suicidas, adaptación de Casullo, 1997). **Resultados:** Se detectaron 6 casos de Riesgo Moderado y 6 casos de Alto riesgo a través de dichos instrumentos, quienes fueron derivados para su atención psicológica/psiquiátrica. Y finalmente se aplicaron técnicas cualitativas en talleres para realizar un abordaje preventivo.

Palabras claves: Adolescencia, Suicidio, Factores de Riesgo, Prevención

ABSTRACT:

This descriptive study aims evaluate the level of suicidal orientation and attitudes toward life and death affecting teen suicide. Methods: was used transversal design whit surveys. Was worked with a purposive sample of 30 adolescent students, of both sexes, in a high school department of San Carlos, to whom administered quantitative techniques: ISO-30 (Inventory of Suicide Orientation-30 King & Kowalchuk, 1994, adapted by Casullo, 1997) and MAST (Multi-Attitude Suicide Tendency Scale, adapted by Casullo, 1997). Results: were detected 6 cases whit Moderate Risk and 6 cases of high risk through such instruments, they were arising for psychological and psychiatric care. And finally applied qualitative techniques in workshops for a preventive approach.

Keywords: Adolescence, Suicide, Risk Factors, Prevention

INDICE

Títulos	1
Hoja de Evaluación.....	2
Agradecimientos.....	3
Resumen.....	4
Índice.....	5
Introducción.....	8
 <u>MARCO TEORICO</u>	
Capitulo 1: ADOLESCENCIA	10
Pubertad.....	11
Adolescencia.....	13
Desarrollo cognitivo y emocional en la adolescencia.....	15
El comportamiento en la adolescencia.....	17
Adolescencia como etapa de decisiones.....	18
Los adolescentes y el contexto.....	20
 Capitulo 2: SUICIDIO	 23
Definiciones de suicidio.....	25
El suicidio como proceso.....	29
Epidemiología o Prevalencia.....	31
Suicidio en adolescentes.....	35
Prevención del suicidio.....	39
 Capitulo 3: FACTORES DE RIESGO	 44

Género.....	44
Edad	45
Rasgos o estilos de personalidad.....	45
Presencia de patología psiquiátrica.....	46
Abuso y adicciones.....	48
Ideación suicida e intentos previos de suicidios	49
Antecedentes familiares de suicidio.....	50
Factores estresantes	50
Violencia.....	52
Trastornos de conducta	52
La familia y la escuela	53
Abuso sexual.....	54
Día de la semana.....	55
Estado civil.....	55
Otros factores facilitadores.....	55
Capítulo 4: FACTORES PROTECTORES Y PREVENCIÓN	57
Definición	57
La familia.....	58
La escuela	58
Apoyo psicosocial.....	59
Resiliencia y recursos psicológicos internos.....	59
Prevención del suicidio en adolescentes.....	60
Otras intervenciones preventivas.....	61

METODOLOGÍA

Objetivos de investigación	64
Tipo de estudio.....	65
Descripción de la muestra.....	65
Instrumentos y materiales de evaluación.....	65
Procedimiento	71
<u>RESULTADOS</u>	72
<u>DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</u>	76
<u>CONCLUSIONES</u>	79
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	80
<i>Apéndice 1:</i> Nota de autorización a autoridades y padres.....	88
<i>Apéndice 2:</i> ISO-30 y MAST.....	90
<i>Apéndice 3:</i> Folleto utilizado para el taller.....	92
<i>Apéndice 4:</i> Informe psicológico entregado a la escuela.....	94

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha producido en todo el mundo, un aumento de casos de suicidio en personas cada vez más jóvenes, dejando sin recursos para afrontar semejante situación a la familia, a los padres y a la comunidad en la cual vivió. El departamento de San Carlos no escapa de ésta realidad. Considerando que quien comete el suicidio no quiere morir, sino dejar de vivir así; y debido al estado actual de ésta problemática, es que resalta la importancia del estudio de los factores de riesgo y la detección precoz de comportamientos e ideaciones suicidas, con el fin de lograr identificar aquellos casos en los que por el riesgo inminente de suicidio, es necesario intervenir lo más tempranamente posible, a los fines de la prevención en la etapa adolescente.

Ésta tesina de Licenciatura está organizada en dos partes principales. El Marco Teórico que consta de cuatro capítulos. En el Capítulo 1, se describe el tema general de La Adolescencia y todos sus aspectos. En el Capítulo 2, se aborda la temática del suicidio. En el Capítulo 3, se consideran los factores de riesgo y en el Capítulo 4, se describen los factores protectores que llevan a un abordaje preventivo del suicidio en la adolescencia.

La segunda parte está constituida por el apartado metodológico, destacando la presentación y discusión de resultados finales del presente estudio.

MARCO TEORICO

CAPITULO 1:

ADOLESCENCIA

La adolescencia es la etapa de la vida en la que se produce un proceso de transformación global en los sujetos.

Comienza con la pubertad, en la que acontece un singular desarrollo biológico, psicológico, sexual y social, que nos prepara para dejar de ser niños para comenzar a ser adultos. Es así, como se la podría considerar como un período de transición que tiene características peculiares. Los sujetos que lo atraviesan son jóvenes que aún no son adultos pero que ya no son niños.

Es un período esencialmente de cambios, sistemáticos, de maduración en todas las áreas de la vida: física, psicológica y social o cultural, que disponen al individuo para madurar, y finalizar su constitución como sujeto adulto con sus características particulares que lo acompañarán para el resto de su vida. Alguna de estas pueden ser la adquisición de la independencia, lograr el despegue familiar, insertarse en el mundo laboral, entre otras.

En esta etapa, al estar llena de cambios, el sujeto es más propenso a generar conductas que inciden negativamente en el medio familiar y social, y producir estilos de vida poco saludables o conductas de riesgo como las adicciones, o conductas suicidas que afectan la calidad de vida (Martínez Gómez, 2003; citado en Arias, Marcos, Martín, Arias y Deronceré, 2008).

No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales sino, una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social (Pineda Pérez y Aliño Santiago, 1999). Ofrece oportunidades para el crecimiento, no sólo en las dimensiones físicas sino también en competencia cognitiva y social, autonomía, autoestima, e intimidad (Papalia, Oles, y Feldman, 2009).

Es una fase crítica y dinámica del ciclo vital que presenta retos particulares para la continuación del desarrollo. En ella se descubre y consolida la propia identidad

psicológica, sexual y profesional, así como la autonomía individual. Por lo cual, éste periodo también conlleva riesgos ya que algunos jóvenes tienen problemas para manejar todos estos cambios a la vez y es posible que necesiten ayuda profesional para superarlos (Coie, Watt, West, Hawkins y Asarnow, 1993; citado en Chavez-Hernández, Medina y Macías-García, 2008; Papalia et. al., 2009) y mayor contención emocional y familiar.

En la mayoría de los países se la ubica entre los 10 y los 18 a 20 años, lo que coincide con las edades aproximadas en que se inicia la madurez sexual y la culminación del crecimiento, manifestándose en transformaciones psicosociales.

En este capítulo me referiré principalmente a este grupo de edad, indagando en los cambios más profundos por los que se atraviesan, proponiendo destacar condiciones cruciales que demandan el reconocimiento de nuevos paradigmas para entender esta etapa y señalando interacciones que afectan su pleno desarrollo.

El paso de la niñez a la adolescencia es una de las transiciones evolutivas más trascendentales del ciclo vital (Petersen, Leffert, Graham, Alwin & Ding, 1997, Citado en Loreto Martínez, 2007) y comienza con la pubertad, tema que se desarrollará a continuación.

PUBERTAD:

La pubertad se caracteriza por generar importantes cambios biológicos en el cuerpo de los sujetos dentro del proceso de maduración que se da a lo largo de la vida.

Aumenta de manera espectacular, la producción de hormonas relacionadas con el sexo, lo cual ocurre en dos etapas: *adrenarquia* (maduración de las glándulas suprarrenales), seguida unos cuantos años después por la *gonadarquia* (maduración de los testículos y ovarios).

En la Adrenarquia, que comienza cerca de los 7 u 8 años las glándulas suprarrenales segregan niveles gradualmente mayores de andrógenos, la maduración de los órganos sexuales activa un segundo momento repentino en la producción de estos andrógenos, que entonces llega a los niveles adultos (McClintock y Herdt, 1996; citado en Papalia, et. al., 2009). En esta segunda etapa los ovarios de las niñas aumentan su secreción de estrógenos, lo cual estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de senos, vello púbico y axilar. En los varones los testículos aumentan la producción de andrógenos, en particular testosterona, que estimulan el crecimiento de los genitales, masa muscular y vello corporal.

Varones y niñas tienen ambos tipos de hormonas, pero las niñas tienen niveles más altos de estrógenos mientras los varones cuentan con niveles más altos de andrógenos.

Sin embargo, para que se de éste aumento repentino de la actividad hormonal los sujetos deben haber alcanzado una cantidad crítica de grasa corporal necesaria para la reproducción hormonal exitosa.

Actualmente los cambios que dan inicio a la pubertad comienzan típicamente a los 8 años en las niñas y a los 9 en los varones (Susman y Rogol, 2004; citados en Papalia, Olds y Feldman, 2009), pero existe un amplio rango de edades para diversos cambios y este proceso generalmente toma lleva entre 3 a 4 años en ambos sexos.

Durante dicho tiempo crecen y maduran los órganos sexuales femeninos (ovarios, trompas de Falopio, útero, clítoris y vagina) y los masculinos (testículos, pene, escroto, vesículas seminales y próstata). Al mismo tiempo que se expresan las características sexuales secundarias: por ejemplo aumento del tejido mamario en las niñas, cambios en la voz que se profundiza, la textura de la piel se vuelve más gruesa y grasosa, desarrollo muscular, crecimiento de vello púbico, axilar, facial y corporal (Papalia, et. al., 2009).

Es por todas estas transformaciones sexuales y reproductivas que algunos autores como José Lara Alberca (1996), definen la pubertad como el momento en el que el individuo alcanza la madurez sexual y la capacidad reproductiva, ya que la maduración de los órganos reproductivos trae consigo el inicio de la menstruación en las niñas y la producción de espermatozoides en los varones.

Además se produce un crecimiento repentino, también llamado "estirón", donde comienza a acelerarse bruscamente el crecimiento corporal y de peso, que va acompañado de un cambio en la distribución de las proporciones del cuerpo (Lara Alberca, 1996) y crecimiento muscular y óseo (Papalia, et. al., 2009). Cuando esta irrupción concluye el púber habrá alcanzado su estatura adulta.

Estos cambios físicos sorprendentes tienen repercusiones psicológicas. En ocasiones los jóvenes adolescentes prestan demasiada preocupación por su aspecto y a algunos les cuesta asimilar las transformaciones observadas, lo que pueden conducir a problemas en la conducta alimentaria o trastornos de la imagen corporal.

Es con todas estas modificaciones que el joven comienza a atravesar su adolescencia. A continuación se desarrollará con más detalles ésta etapa de la vida.

ADOLESCENCIA:

Papalia y sus colaboradores (2009) consideran que la adolescencia es una transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales, y que asume diversas formas en diferentes entornos sociales, culturales y económicos.

Su duración varía según los diferentes autores y contextos, pero generalmente se enmarca entre los 10 o 12 años, y su finalización aproximadamente a los 19 o 20. Según la Organización Mundial de la Salud, se desarrollaría a lo largo de dos etapas: (OMS 1996, citado en Pineda Pérez y Aliño Santiago, 1999; UNICEF, 2011, Papalia et. al., 2009).

Adolescencia Temprana: es el período que se extiende aproximadamente entre los 10 y los 14 años. Etapa en la cual comienzan a manifestarse cambios físicos (que anteriormente se detallaron en la pubertad: crecimiento rápido, desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias). Los adolescentes pueden sufrir preocupación por los cambios, en muchas ocasiones torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, lo que puede acrecentar conflictos con

la familia, maestros o adultos por lo que es frecuente que experimenten cambios bruscos en su conducta y emotividad. (Pineda Pérez y Aliño Santiago, 1999)

Estos cambios externos son con frecuencia muy notables por lo que pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los sujetos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación. Los cambios internos, aunque pueden ser menos evidentes, son igualmente profundos.

El desarrollo físico y sexual, es más precoz en las niñas, que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones. El Lóbulo frontal, que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante esta etapa temprana de la adolescencia. Y debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas.

En esta etapa tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que observan. Pueden en ocasiones resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual.

Adolescencia Tardía: esta etapa abarca aproximadamente entre los 15 y 19 años, generalmente ya se ha alcanzado la culminación de gran parte del crecimiento físico y aunque el cuerpo y el cerebro continúan desarrollándose. Aumenta notablemente la capacidad del pensamiento abstracto, analítico y reflexivo.

Las opiniones de los miembros de su grupo tienden a ser muy importantes al comienzo de esta etapa, pero va disminuyendo en la medida en que adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. Se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes.

Las chicas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas

ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. Ambos géneros durante este periodo pueden comenzar a fumar y/o drogarse debido a que disminuye la temeridad (Pineda Pérez y Aliño Santiago, 1999).

Debido a todo lo anteriormente expresado, se podría definir la adolescencia, como un período del desarrollo de mucho estrés y cambios importantes en el cuerpo, las ideas y los sentimientos. El estrés, la confusión, el miedo e incertidumbre, influyen en la capacidad del adolescente para resolver problemas y tomar decisiones. Esto lo logra a partir de un nuevo tipo de pensamiento que adquiere durante ésta etapa. A continuación se presentarán las modificaciones más importantes a nivel cognitivo que experimenta el adolescente.

DESARROLLO COGNITIVO Y EMOCIONAL EN LA ADOLESCENCIA:

Según Piaget (1991), en la Adolescencia se alcanza la última etapa del desarrollo cognitivo, que se denomina etapa de las *operaciones formales*. Luego de la cual, si bien continuamos incrementando nuestra capacidad cognitiva, ya no se va a producir ningún cambio en la forma de analizar los problemas. Esto representaría una evolución en el pensamiento que antes era concreto y a partir de entonces se comienza a utilizar el *pensamiento formal o abstracto*.

Las principales características de éste tipo de pensamiento que va a incorporar el adolescente, son:

-Se razona no sólo sobre lo real sino sobre lo posible, ya que lo real es sólo una parte de lo posible: el adolescente puede razonar no sólo con lo que tiene delante, sino sobre lo que no tiene presente, y puede llegar a conclusiones que desbordan los datos inmediatos, y que se refieren no sólo a datos reales y concretos, sino también a posibles, elaborando complejos sistemas de razonamiento, reconstruyendo el universo de su infancia.

-Razonamiento hipotético-deductivo: se aleja del ensayo y error, y de la manipulación directa de los objetos. Adquiere la capacidad de formular distintas hipótesis para explicar un fenómeno y luego pasar a comprobarlas.

-Otras dimensiones del pensamiento adolescente:

Poseen una tendencia a sentirse atraídos e interesados por la abstracción, el metapensamiento.

Adquieren la capacidad de responder y entender la ironía o hipocresía aparente.

Suelen manifestar contradicciones en sus conductas, y emociones, viviendo constantes fluctuaciones de su estado anímico.

Presentan una postura crítica ante las figuras de autoridad, esto puede llevar a relaciones conflictivas con los padres por ejemplo, oscilando entre la dependencia y necesidad de separación de los mismos. Esto se debe en parte al grado de controversia e indecisión que en muchas ocasiones los mantiene ocupados.

Poseen una actitud social reivindicativa: se hacen más analíticos, comienzan a pensar en términos simbólicos, formular distintas hipótesis, corregir falsos preceptos, considerar alternativas, y llegar a conclusiones propias.

Además elabora una escala de valores en correspondencia con su imagen del mundo (Pineda Pérez y Aliño Santiago, 1999).

Los cambios evolutivos conectan al adolescente con su sí-mismo adulto en el plano físico, cognitivo y social. Según Graber, Brooks-Gunn & Petersen (1996, citado en Loreto Martínez, 2007), cada transición requiere un cierto cambio de rol, en cómo los jóvenes se ven a sí-mismos (su autoconcepto, su identidad), cómo ven al mundo y cómo son vistos por otras personas. Zegers (1988, citado en Berger, 2004) sugiere que la adolescencia conlleva una serie de ajustes que pueden sintetizarse en torno a la problemática de la definición de la Identidad lo cual no sólo supone definir un futuro, qué "hace", sino que fundamentalmente "quién ser y quién no ser". Requiere de una definición frente a la vida y una integración del yo frente a las exigencias y posibilidades sociales, siendo una síntesis entre realidad interna y externa. Éste será otro cambio fundamental que tendrán que realizar.

En esta etapa, el sujeto logra hacer uso de su autonomía y comenzar a elegir a sus amigos y a las personas que va a querer, puede hacer uso de cierta capacidad de elección para poner en marcha la capacidad para discriminar sus afectos y poder querer de diferente manera a cada persona que le rodea, personalizando sus afectos, esto también es gracias al pensamiento abstracto que le permite relativizar sus afectos.

Y si bien todavía tiene una forma de manifestar sus deseos mediante la emotividad exacerbada o con la espontaneidad propia de la infancia, ya empieza a actuar de una manera sutil en las interacciones, o con una cierta represión relativa de sus emociones, tal como hace el adulto (Pineda Pérez y Aliño Santiago, 1999).

Debido a estas nuevas formas de actuar, es que resulta de gran interés indagar más sobre cómo se manifiesta el adolescente comportamentalmente, lo cual se desarrollará a continuación.

EL COMPORTAMIENTO EN LA ADOLESCENCIA:

Según Crockett & Crouter (1995, citados en Loreto Martínez, 2007), la adolescencia como período de cambio, ilustra tanto procesos de plasticidad como de consolidación de ciertos patrones de comportamiento.

Los cambios biológicos, cognitivos y sociales conllevan oportunidades para el crecimiento, así como nuevas relaciones sociales, nuevos intereses y nuevos comportamientos.

Al mismo tiempo, las disposiciones conductuales que el adolescente trae desde la niñez pueden consolidarse en patrones duraderos de comportamiento a través de la selección de ambientes y la producción de los mismos. En el primer caso, la mayor autonomía permite al adolescente seleccionar compañía, amistades y ambientes sociales compatibles con sus propios intereses e inclinaciones. En el segundo, debido a su creciente madurez física, social y cognitiva, los adolescentes tienen mayor capacidad de influir en los ambientes en los cuales interactúan (Loreto Martínez, 2007).

Actividades Significativas y Uso del Tiempo Libre

Las actividades recreativas son un componente diario y secuencial en la vida de los adolescentes, le sirven como un medio para la exploración de la identidad. Estas actividades incluyen pasar tiempo en otros contextos tales como el trabajo, los grupos de amigos, proyectos juveniles, y organizaciones comunitarias, que implican interacciones regulares con adultos y ayudan a formar el autoconcepto, desarrollar la iniciativa personal e intereses, y desalientan las conductas de riesgo (Larson, 2000, citado en Loreto Martínez, 2007). Las figuras adultas además de crear lazos intergeneracionales, son generadoras de modelos, dan apoyo social y canalizan el comportamiento de los adolescentes hacia metas deseadas. (Loreto Martínez, 2007).

Esto en el mejor de los casos, ya que pueden presentarse otras situaciones en las que lo anterior no suceda, ya sea por el contexto en el que está inmerso el adolescente, incluyendo los adultos que lo rodean, o bien por sus propias decisiones tomadas autónomamente, que pueden llegar a ser de riesgo. Éste es un tema central al abordar la adolescencia por lo que a continuación se desarrollará con más profundidad.

ADOLESCENCIA COMO ETAPA DE DECISIONES

Las tareas evolutivas de la adolescencia, principalmente la configuración de la identidad, el logro de autonomía, y la intimidad, incrementan los ámbitos de elección y decisión de los adolescentes. Así aprenden a auto-dirigirse y a regular su comportamiento hacia la consecución de metas significativas.

Durante ésta etapa de la vida, los jóvenes se encuentran ante muchas situaciones nuevas y ante la necesidad de tomar decisiones importantes. Éstas pueden mostrar cierta continuidad y fijar los parámetros de su desarrollo futuro (por ejemplo con su perfil educacional y ocupacional para ingresar en el mundo del trabajo o de la educación superior). Al detectar la importancia de todas estas transformaciones propias de la adolescencia, se deja ver la vulnerabilidad que muchos jóvenes pueden llegar a sufrir,

llevándonos a tener comportamientos de riesgos, y en muchas ocasiones llegar a plantearse ideas suicidas.

Según Loreto Martínez (2007) a medida que los adolescentes crecen, van siendo cada vez más activos en la selección de ambientes en los que participan y las decisiones que toman respecto de su comportamiento y sus metas a futuro. Las elecciones que hacen en estos ámbitos tendrán consecuencias en su vida posterior, ya que pueden evolucionar hacia patrones más estables de comportamiento o estilos de vida que influirán en la calidad de su desarrollo futuro.

Así es que de esta nueva capacidad de tomar decisiones, se desprenden tanto oportunidades para progresar (acrecentamiento de habilidades, asunción de nuevos roles, etc.) como riesgos para la salud y el bienestar (accidentes, embarazos no planificados, conductas antisociales, conflictos con la ley, delincuencia) (Grupo de estudio sobre "Programación para la salud de los adolescentes", 1995; Loreto Martínez, 2007). Los riesgos y oportunidades no surgen al azar, sino de las experiencias previas en la historia de vida de los adolescentes, del ciclo evolutivo de sus respectivas familias (Furstenberg, 2001; citado en Loreto Martínez, 2007), como también del contexto que los rodea.

Sus vidas pueden estar en peligro si los sistemas naturales de apoyo social, como la familia, Iglesia, amigos o adultos significativos, no ofrece protección ni contención frente a las consecuencias negativas de sus decisiones (Loreto Martínez, 2007).

Brird, (1999) y Yurgelon-Todd (2002; citados en Papalia et. al., 2009), coinciden en que una posible razón por la que algunos jóvenes en ésta etapa de sus vidas tomen decisiones poco prudentes como el abuso de sustancias o conductas sexuales riesgosas; es el inmaduro desarrollo cerebral, ya que aún los sentimientos pueden superar la razón e impedir que los adolescentes escuchen advertencias que parecen lógicas y persuasivas para los adultos.

La ONU (2012) considera que en general los adolescentes son un grupo sano. Sin embargo, muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia, por ejemplo, el consumo de tabaco, las infecciones de transmisión sexual (entre ellas el

VIH) y los malos hábitos alimentarios y de ejercicio. Éstas son causas de enfermedad o muerte prematura en otras fases posteriores de la vida. Una explicación a dicho fenómeno es la de que el cerebro de los adolescentes aún no está del todo desarrollado, lo que los deja más vulnerables a los efectos del alcohol y las drogas adictivas (Papalia et. al. 2009).

Todas estas elecciones o decisiones que comienzan a tomar, los comprometen con ciertas acciones y afectan los ambientes sociales en los cuales los adolescentes se insertan, a la vez que son influidos por los pares y adultos con quienes interactúan en estos contextos. Es por esto que considero importante indagar a continuación las particularidades de esta interacción entre los jóvenes y sus ambientes.

LOS ADOLESCENTES Y EL CONTEXTO

Siguiendo los postulados de Bronfenbrenner (1987), el desarrollo humano está moldeado por el contexto en el que el sujeto se desenvuelve. Ocurre a medida que los adolescentes interactúan en los diferentes entornos de su mundo social mediatos e inmediatos (pares, familias, comunidad) que a la vez también reciben influencias de otros entornos más distantes (como el trabajo de los padres, decisiones de gobiernos, etc.) de sus vidas cotidianas.

Podría decirse que el desarrollo íntegro depende de las fortalezas y vulnerabilidades de cada adolescente y de los contextos de vida en que se desenvuelven. Su bienestar no es resultado únicamente de los recursos y debilidades con los que cuentan, sino también de las oportunidades y la calidad de las experiencias que tienen en los entornos en que interactúan a diario. Estos contextos pueden ofrecer oportunidades y herramientas que contribuyen al desarrollo. Según Youngblade (2007; citado en Papalia et. al., 2009) los jóvenes que tienen conexiones de apoyo con sus padres, escuela y comunidad tienden a desarrollarse de manera más positiva y sana que aquellos que no lo tienen.

De esta forma la adolescencia se presenta moldeada por el contexto sociocultural. En gran medida, las tareas y las experiencias reflejan la estructuración cultural que hace la

sociedad de la adolescencia como una etapa preparatoria de la adultez (Crockett & Crouter, 1995; citado en Loreto Martínez, 2007)

Así se va dando el desarrollo del adolescente, a partir de la interacción con los distintos agentes sociales del entorno, las particularidades individuales, la historia y el presente de su sociedad. En éste período de su vida se produce con mayor intensidad la interacción entre las tendencias individuales, las adquisiciones psicosociales, las metas socialmente disponibles, las fortalezas y desventajas del entorno, que a la vez se encuentra determinado por tendencias multiculturales producto de la globalización (Krauskopf, 2000). Fenómeno mundial, responsable de que en la mayoría de las poblaciones actuales, el futuro como meta orientadora se haya tornado incierto por la velocidad de las reestructuraciones sociales y culturales.

La adolescencia tampoco escapa a sus consecuencias, los jóvenes de hoy al vivir en un mundo globalizado, experimentan interconexiones e interdependencias con el resto del planeta a nivel económico, político, cultural y social. Transmitiendo y recibiendo datos e informaciones de todo el planeta. Incidiendo en sus vidas, acontecimientos históricos, culturales y populares que suceden en otros continentes (Unicef, 2003).

McLaughlin, (2000; citado en Berger, 2004) sugieren que pensar la adolescencia como un período puramente conflictivo, lleva a prestar poca atención a las competencias, los recursos y actividades prosociales con las que cuentan los jóvenes. Alternativamente los adolescentes que crecen en comunidades que promueven los aspectos positivos de su desarrollo tienen una mejor comprensión de sus valores, son buenos aprendices de por vida, participan activamente en sus comunidades, y con mayor frecuencia, también promueven el bienestar de otros jóvenes

Lo óptimo sería enfocar los esfuerzos en promover factores protectores que pueden ser dimensiones externas de los ambientes de vida (por ejemplo relaciones positivas con su familia, apego a la escuela, amistades duraderas), o dimensiones internas que reflejan valores, actitudes, y habilidades personales del/la adolescente. Estos recursos se relacionan negativamente con comportamientos de riesgo. Mientras más recursos posean los adolescentes, es menos probable que se involucren en comportamientos de riesgo, y más probable que se involucre en comportamientos positivos o saludables.

Esta postura implica un cambio de paradigma en la forma de concebir la adolescencia, ya no verla sólo como una fase de desequilibrios, tormenta y estrés, sino que la mayoría atraviesa este período sin dificultades significativas. De hecho, los jóvenes experimentan estrés y preocupaciones, al igual que todas las secciones de la comunidad en diferentes momentos durante su ciclo vital.

Lo anterior es apoyado por Moreno y del Barrio (2000, citado en Krauskopf, 1998), quienes plantean que la inestabilidad atribuida a los adolescentes no sería normativa.

En este sentido, para alcanzar una mayor comprensión de esta etapa y de la propia experiencia de los adolescentes, parece importante considerar su propia subjetividad, su forma de experimentar el ser adolescentes, más que datos objetivos sobre la adolescencia. Para Zegers (1988, citado en Krauskopf, 1998) sería de gran apoyo escuchar y validar la propia experiencia adolescente, no sólo como una preparación para el mundo adulto, sino con sus particularidades y vivencias subjetivas.

Así, a pesar de que la adolescencia implica una noción de paso, al mismo tiempo tiene características y procesos particulares que deben ser tomados en consideración.

Todos estos importantes cambios sociales y económicos en el mundo han prolongado la adolescencia (Arnett, 2000, citado en Loreto Martínez, 2007). Actualmente, resulta difícil determinar con exactitud el momento en que se produce la completa integración en el mundo adulto, depende de varios factores (el contexto social, la madurez personal), pero generalmente se produce con la inserción en la vida productiva, incorporación a un empleo, el abandono del hogar parental y la culminación de los estudios.

En el siguiente capítulo se desarrollará con mayor detalle el fenómeno del suicidio debido al impacto alarmante que producen sus altos índices a nivel mundial.

CAPITULO 2:

SUICIDIO

“Nos conmueven los actos suicidas, pues transmiten básicamente la idea de que alguien se hizo cargo de poner fin a su vida por su propia cuenta, adelantando así un hecho que inevitablemente se iba a producir: morir antes de la muerte”

(Casullo, Bonaldi y Fernandez Liporace, 2000, 19)

La muerte es un acontecimiento natural en todo ser vivo. A pesar de esto nuestra sociedad occidental, rechaza el tema de la muerte, escapa a hablar abiertamente de ella. Con este fin se ponen en marcha dos procesos frecuentes: *la desocialización de la muerte*, que se observa en la falta de ayuda y solidaridad del moribundo que a veces termina en un abandono de su persona. Y su *profesionalidad y burocratización* que se pone en evidencia cuando se la convierte en incumbencia exclusiva de profesionales especializados, es decir, en un problema de gestión. Así el hombre urbano actual comienza su vida y la termina en una institución hospitalaria; ve la muerte como dramática, trágica y escandalosa, y pone sus esperanzas en los progresos científicos pensando que en algún momento se podrá llegar a descubrir la receta de la inmortalidad.

El concepto mental de la muerte propia y ajena se va construyendo desde la infancia temprana. En los primeros momentos del desarrollo se elabora y reconoce primero las muertes de “otros” dándoles variadas significaciones que remiten a sentimientos de ausencia, abandono y separación. En general tanto los niños como los adultos, entienden más fácilmente muerte cuando se tiene una experiencia sensorial de ella. Sin embargo la formación del concepto de la propia muerte es más difícil de lograr ya que requiere que se hayan construido diversas nociones psicológicas previas que la

posibilitan, como lo son: el reconocerse como una persona con existencia particular (autoconcepto), y variadas operaciones de razonamiento lógico formal como saber que pertenece a un tipo de ser que es mortal, y que con seguridad llegará su propia muerte. Además poder identificar que existen diversas causas que pueden provocarla, algunas de las cuales se pueden evitar y otras no, tanto la forma como el momento son inciertos. Finalmente que la muerte es un suceso único y terminal que implica el fin de la vida en este mundo (Casullo, Bonaldi y Fernandez Liporace, 2000).

Los comportamientos suicidas y el suicidio consumado, causan gran impacto en la sociedad y en el medio en el que se concreta. Es por esto que desde épocas antiguas se formulan las más variadas respuestas e infinitas especulaciones acerca de los procesos que se ponen en juego en el mismo, sus causas, etc. Es un fenómeno generador de discusiones filosóficas y de gran producción literaria desde hace ya miles de años (Sánchez, Cáceres y Gómez, 2002).

El suicidio ha tenido diferentes significados a lo largo del tiempo y en diferentes culturas. Ha sido documentado desde tiempos bíblicos. Siglos atrás en las antiguas Grecia y Roma se lo consideraba una forma honorable de morir. Para los antiguos egipcios intentar suicidarse era una manera de llamar la atención y ser tenido en cuenta. En ésta cultura la muerte significaba un paso hacia otra forma de vida, por lo que los comportamientos suicidas no eran vistos como algo trágico sino más bien tenían una consideración neutral hacia ellos. En otros contextos culturales predominaban fuertes prohibiciones judaicas respecto a quitarse la propia vida, a pesar de no estar explícitamente condenado en la Biblia. Actualmente estas prohibiciones sobreviven en religiones monoteístas como el cristianismo y el islamismo. Desde el punto de vista de la cultura occidental judeocristiana de este siglo es pensado en términos de delito y pecado. Sin embargo, todavía existen contextos socioculturales en los que se sigue considerando como un acto aceptable y hasta honrado (Hankoff, 1979; citado en Casullo, Fernández Liporace y Contini de González, 2005).

Teniendo en cuenta la relevancia de este fenómeno, según se expresa en la introducción anteriormente presentada; resulta fundamental ahondar en su definición y particularidades; lo que se desarrollará a continuación.

DEFINICIONES DE SUICIDIO

El término “*suicidio*” fue utilizado por primera vez por Browne en 1964 en su tratado *Religio Medici*. El significado etimológico de este concepto remite a las voces latinas “*caedere*” que significa matar, y “*sui*” que significa uno mismo (Seaver, 2002; citado en Casullo y Fernández Liporace, 2007). La persona que muere, tanto en el suicidio como en los comportamientos autodestructivos, tiene una *participación activa* en la decisión de su propia muerte. Es decir que es un *comportamiento intencional* de terminar con la propia vida, matarse en forma voluntaria (Casullo, et al., 2000; Casullo, et al., 2005; Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez, 2006), interviniendo en dicho comportamiento, tanto pensamientos suicidas como el acto suicida en sí.

A pesar de la simpleza de esta definición, intentar caracterizar psíquicamente éste fenómeno, es una tarea muy compleja ya que sus causas son multidimensionales, incluyendo factores biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y filosóficos, y no se puede describir como una simple reacción a circunstancias generadoras de angustia, ni a un cuadro psicopatológico determinado. Además está influido por tabúes presentes aun en los mismos profesionales de la salud mental (Casullo et al., 2000; Fremouw, Perczel & Ellis, 1990; citado en Casullo, et al., 2005; Leyva, Hernández, Nava, López, 2007; citado en Toro, Paniagua, González, Montoya, 2009).

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (2000), define al suicidio como la muerte ocasionada por una lesión autoprovocada de manera intencional. La Organización Mundial de la Salud define el intento suicida como cualquier acción utilizada como medio por el sujeto para causarse una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención, ya sea producido por una falla en mecanismos adaptativos del individuo a su medio ambiente, o por una situación conflictiva actual o permanente que genera un estado de tensión emocional (Brooke, 2000, citado en Arias, Marcos, Martín, Arias, Deronceré, 2008).

La persona potencialmente suicida es aquella que carga con un sufrimiento intenso, y desesperanza que lo llevan a creer que ningún futuro puede superar ese presente doloroso. (Gutiérrez-García et al., 2006).

Aún así, “en numerosos casos la decisión de quitarse la vida aparece como un comportamiento funcional, en tanto pone fin a situaciones de sufrimiento y tensión que se han convertido en insostenibles para la persona que las padece” (Leenars, 1996; citado en Casullo et al., 2000, 21).

Son variados los factores que condicionan el desarrollo, perpetuación y desenlace de la conducta suicida. Es necesario detectar rápidamente estos factores de riesgo y efectivizar su intervención para lograr interrumpir un proceso que de otra manera tendría resultados fatales para el individuo que los comete, su familia y sociedad (Pérez, Ibáñez, Reyes, Atuesta y Suárez, 2008).

Los términos **suicidio y comportamientos suicidas** se utilizan para hacer referencia a conductas intencionales que pretenden provocar la muerte propia en el corto plazo. Sin embargo no todos los comportamientos a los que se alude con dichos términos han sido motivados por una decisión consciente de morir, muchas veces ni siquiera pretenden generar un daño personal sino simplemente expresar y comunicar sentimientos de desesperación, desesperanza, enojo. Debido a esto, podríamos decir que existe un amplio espectro de comportamientos suicidas, los cuales se podrían diferenciar de la siguiente manera:

Ideaciones suicidas: las mismas comprenden distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido en la vida, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción. Básicamente están conformadas por pensamientos, planes o deseos persistentes de cometer suicidio (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencia Forenses, 2003; citado en Pérez et al., 2008).

Parasuicidios: son actos no mortales de autolesión deliberada, que no tienen un final fatal, pero que ocasionan daños en el sujeto que los ejecuta infrecuentemente. Comprenden conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores

hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida (Venceslá y Moriana, 2002; Casullo, 2005). Así, por ejemplo, el alcoholismo crónico o las adicciones graves no se ubican en este rubro.

Intento suicida: es un acto autolesivo con algún grado de intención letal, tiene el objetivo de quitarse la vida a pesar de no lograrlo (García, 2003; Mardomingo, 1994; citado en Venceslá y Moriana, 2002). Los intentos de suicidio generan lesiones, traumas emocionales y mentales, distintas discapacidades y hospitalizaciones, esto sin contar que muchos casos no se documentan y que sólo la mitad de quienes lo llevan a cabo solicitan atención médica (OMS, 2004a).

Suicidios: incluyen todas las muertes que son provocadas conciente y voluntariamente como resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima (Casullo et al., 2000).

Algunos autores como Farberow, (1980) consideran que también es importante ocuparse y prevenir de los denominados **suicidios indirectos:** accidentes de tránsito, huelgas de hambre, el rechazo a tomar una medicación necesaria o a ir al médico ante una dolencia.

Otros autores diferencian la población que realiza un intento auto-lítico impulsivo, no premeditado y con baja probabilidad de consumarlo de los que realizan uno premeditado e intencionado (Choquet, Facy, Davidson, 1980; citados en: Venceslá et al., 2002). Según ellos, en el primero no habría trastorno psiquiátrico asociado, ni graves problemas en el medio familiar y sería posible identificar un factor desencadenante, mientras que en el segundo habría trastornos psiquiátricos, un medio familiar conflictivo y no sería fácil identificar un solo factor desencadenante.

Durkheim en 1897 (citado en Casullo, 1997), definía éste fenómeno como toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la propia víctima, previendo el resultado que iba producir. Baechler (1975; citado en Berger, 2004) lo define como una conducta que busca y encuentra la solución de un problema existencial en el hecho de atentar contra la vida del sujeto. La OMS (2004a) lo describió como todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un

daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil.

Para otros autores, es toda conducta humana impregnada de fantasías, deseos e ideas de muerte. Se podría definir como un proceso de disposición autodestructiva que, más allá del grado de conciencia de quien lo exterioriza, está orientado a comunicar la intención de una resolución al conflicto que le da origen, por medios letales. (Rocamora Bonilla, 1992; Mardomingo, 1994; citado en Venceslá et al., 2002).

Freud en su obra "Duelo y Melancolía" (1917) define y desarrolla ambos procesos, entendiendo al duelo como la reacción que sobreviene luego de haber perdido a una persona amada, o a un objeto, sueño, o ideal. El proceso que se prolonga un tiempo necesario para la elaboración de esa pérdida, el sujeto pierde el interés por el mundo exterior sustrayendo la libido de todo objeto que no remita al objeto perdido, hasta que de a poco va pudiendo investir nuevos objetos de amor. Sin embargo, la melancolía es de peor pronóstico porque en ella el sujeto padece una falta de apetito a la vida, intrínsecamente relacionados con un desfallecimiento de la pulsión, y un ataque constante hacia el propio Yo del sujeto, que lo deja vulnerable al suicidio.

En la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio (AAPS, 2003), como producto de la reflexión crítica acerca de la tarea del equipo asistencial, se llegó a la siguiente definición:

“El suicidio es un proceso complejo multideterminado. Una manera de vivir que va construyendo un enigma mortal, por condensación, sobre un marco representacional existente. Un proceso que va más allá del acto, rompiendo la concepción del hecho consumado”.

Ya conocemos definiciones y variadas explicaciones para el término del suicidio, ahora bien, ¿qué pasa cuando el suicidio no es producto de un acto impulsivo y sin mediación del razonamiento, sino que resulta luego de un tiempo de elaboración y sufrimiento?, en este caso estaríamos hablando del suicidio como un proceso y no como un acto

inmediato. A continuación se desarrollarán diferentes concepciones sobre el camino que sigue la evolución de un acto suicida.

EL SUICIDIO COMO PROCESO:

El suicidio es un proceso dinámico y complejo ya que atraviesa diversas etapas antes de culminar en el acto fatal de terminar con la vida de quien lo realiza. Sus fases previas pueden ser identificadas oportunamente para dar pie a la intervención adecuada. De este modo, el conocimiento específico de la dinámica del suicidio sumado al reconocimiento de los factores de riesgo, reduce la probabilidad de su aparición, contribuyendo a prevenirlo (Chávez-Hernández, Medina y Macías-García, 2008).

Las etapas que lo conforman pueden ser sucesivas. Comienza con una ideación suicida pasiva, a la que le puede seguir fases cada vez más activas, entre ellas se destacan la visualización del acto y su expresión y manifestación mediante amenazas verbales y gestos suicidas, la planeación y preparación, la ejecución del intento y por último el suicidio consumado (Rich, Kirkpatrick-Smith, Bonner, Jans, 1992; citado en Chavez-Hernández, Medina y Macías-García, 2008)

King & Kowalchuk, (1994; citado en Fernández Liporace y Casullo, 2006) proponen un enfoque del proceso del suicidio que pasaría por tres etapas principales:

La fase de amenaza: se relaciona con problemas no resueltos, fallas en las estrategias de afrontamiento (*coping*), aislamiento emocional, depresión o acting – out.

El segundo momento sería el de la crisis, donde se produce descontrol emocional, desesperanza y/o puesta en acto de afrontamientos heroicos; aquí el suicidio es justificado como la solución apropiada. Se observan también, a menudo, intentos de resolver sentimientos ambivalentes acerca de la muerte.

Por último, la etapa de la resolución que implica la contemplación de medios y oportunidades para concretar el suicidio, así como la preparación para la muerte: el plan suicida se consume o se presenta la oportunidad para producir la propia muerte y se actúa impulsivamente con tal fin.

Estos autores destacan que mediante la evaluación de la “*orientación suicida*” del individuo es posible la detección de comportamientos e ideaciones que implican la presencia de riesgo suicida, a partir de la detección de dimensiones: *desesperanza, baja autoestima, incapacidad para afrontar emociones, aislamiento social e ideación suicida*.

Orbach (1995; citado en Casullo, 1995) coincide en que hay que entender la conducta autodestructiva como una tendencia motivacional que se desarrolla en el tiempo. Implicaría un conflicto actitudinal del que puede derivar el comportamiento suicida en el que intervienen en cuatro dimensiones energéticas, en cada una de las cuales se juegan factores cognitivos, emocionales y motivacionales concernientes a la vida y la muerte. Dichas dimensiones son: atracción a la vida, rechazo a la vida, atracción a la muerte y rechazo a la muerte.

Según los resultados obtenidos de sus estudios, Van Heerngen (2003; citado en Gutiérrez-García et al., 2006) propone que el proceso suicida se inicia en el momento en que el sujeto comienza a pensar sobre cómo quitarse la vida, luego pasa por la realización de los primeros intentos suicidas, con un incremento gradual de la letalidad, hasta que finalmente lo logra, consumando el acto suicida. Perales y Sogi (2000; citado en Muñoz, Pinto, Callata, Napa, Perales, 2006) coinciden con esta formulación.

Podría pensarse que la ideación suicida, abarcaría desde pensamientos de falta de valor de la vida hasta la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte y, en algunos casos, una intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva. La ideación suicida previa es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio, y ha sido mucho menos estudiada que el intento suicida y el suicidio consumado.

Diversas investigaciones han identificado éstas etapas previas al suicidio consumado. En la ideación suicida (como idea de quitarse la vida, pensamientos de falta de valor o deseos de muerte) e intentos suicidas, no necesariamente se busca la muerte, en algunas ocasiones existen otras motivaciones como pretender ganar algo o castigar a alguien (González, Villatoro, Alcántar, Medina, Bleiz, Bermúdez, 2002; citado en Pérez,

Rivera, Atienzo, De Castro, Leyva, Chávez 2010; Monge, Cubillas, Román y Valdez 2007).

Rich (1992; citado en González, Ramos, Caballero y Wagner, 2003) identifican en el proceso suicida varias etapas: ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y el suicidio consumado. Al respecto cabe enfatizar que estas etapas pueden o no ser secuenciales y que para pasar por una o varias etapas no requiere pasar por las demás.

Una vez conocido el proceso del suicidio, resulta de gran interés indagar en la epidemiología del mismo, si existen diferencias en relación al género, a la edad, al país de procedencia (entre otros) de los sujetos suicidas.

EPIDEMIOLOGÍA O PREVALENCIA:

Los criterios de norma y desviación están sujetos a las variables de tiempo y lugar, es decir que su conceptualización no es universal ni permanente. Con lo cual los bordes de la normalidad son difusos, no sólo entre sociedades sino también dentro de una misma sociedad. Esto hace que un suicidio sea más anormal o aberrante, con su consecuente culpabilización, cuando menos frecuente sea en esa zona, en ese momento. El grado de culpabilización del comportamiento suicida es inversamente proporcional al número de suicidios.

La Organización Mundial de la Salud reporta un millón de suicidios al año en todo el mundo, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos (Guibert, 2003; citado en Toro et al., 2009).

Cada año un millón de personas se quita la vida en el mundo, en promedio por día casi 3000 personas que ponen fin a su vida, y al menos 20 personas intentan suicidarse por cada una que lo consigue, advirtieron la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP, 2011).

El 10 de setiembre, en el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, el Ministerio de Salud lanzó un programa para evitar estas muertes. Y dio una descripción de ese fenómeno en el país. Se registran 8,5 casos cada 100.000 habitantes al año (Infobae.com, 2007).

Datos epidemiológicos revelan que, actualmente, en los países industrializados el suicidio se ubica entre las tres primeras causas de muerte más frecuentes, especialmente entre los grupos más jóvenes de entre 15 a 24 años (Casullo et al., 2005; Calvillo, Negro, Venesio y Paz, 2011).

Según la Organización Mundial de la Salud, entre los años 1990 y 2020, el número de suicidios pasará de 593.00 a 1,5 millones de muertes anuales, cifra que está en concordancia con las proyecciones sobre a carga de la enfermedad, que ubican la depresión como el problema de salud número uno en países en desarrollo para ese año (Rice, Miller, 1995; citado en Sánchez et al., 2002; Calvillo et al., 2011). En Argentina luego de la investigación del Perfil epidemiológico del suicidio en el país se detectó que en el año 2008, cada 100.000 muertes, 1.033 se debieron a suicidios (Calvillo et al., 2011).

Se calcula que en el caso de los intentos suicidas, por cada suicidio consumado hay de ocho a diez intentos de suicidio, y por cada intento, ocho lo pensaron, planearon y estuvieron a punto de hacerlo (Madrigal, Fonseca y Vázquez, 2004; citado en Monge et al., 2007)

El 40% de quienes han intentado suicidarse lo han hecho en varias ocasiones; de ellos de 10 a 14% termina suicidándose (González, Brenzon, Granados, Medina y Facio, 1998; citado en Monge et al., 2007).

Típicamente, 25% de quienes intentaron una vez el suicidio, lo intentará nuevamente dentro del siguiente año. Asimismo, entre 45% y 70% de quienes intentan el suicidio sufren principalmente de depresión, con rasgos de impulsividad y agresividad, y trastornos de la personalidad y alcoholismo, que a menudo van unidos a una pérdida reciente. (Cataldo-Neto, Morellilb y Menezes, 2002; citado en Gutiérrez-García et al., 2006).

El riesgo de repetición del intento de suicidio en un intervalo corto de tiempo es particularmente alto en los jóvenes. Estudios de seguimiento de adolescentes que han realizado un intento de suicidio, muestran que 10% se suicida dentro de los 10 años siguientes. Solamente una cuarta parte concurren a la consulta médica porque creen no necesitar ayuda (Serfaty E, 1998; citado en: Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela, 2010).

Cerca del 50 % de los suicidas están intoxicados al morir y 18 % de los alcohólicos muere por suicidio. El 11 % de los suicidas tiene un familiar de primer grado con muerte por suicidio. El fácil acceso a las armas de fuego representa un mayor riesgo para actos suicidas (Maris, 2002; citada en Pérez-Olmos, Rodríguez-Sandoval, Dussán-Buitrago y Ayala-Aguilera, 2007).

Según un estudio realizado por Pelkonen y Marttunen (2003; citado en Pérez-Olmos, et al., 2007) hay mayor ocurrencia de suicidio en los extremos del espectro socioeconómico. Los mismos autores también describen el llamado **efecto Werther**, en el que se produce la imitación de la conducta suicida a partir de ser difundida en medios masivos de comunicación, por ejemplo a través de noticias.

La investigación: “Perfil epidemiológico del suicidio en la Argentina 1988-2008” de la Dirección de Promoción y Protección de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación destaca que en el año 2008 los suicidios de los hombres representaron el 80% del total de las defunciones por esa causa.

Algunos estudios epidemiológicos indican que el género masculino comete más suicidio que el femenino, en una proporción de 5:1 en todos los rangos de edad. En cambio, las mujeres realizan intentos con mayor frecuencia en la misma proporción que los hombres, en la mayoría de los países (Gutiérrez-García et al., 2006; Larraguibel et al., 2010; OMS, 2001, OMS, 2004b; Pérez-Olmos et al., 2007). La preponderancia del género masculino en la consumación de los suicidios es una regularidad que se encuentra presente en todos los países en las distintas épocas a excepción de China que es el único país donde las mujeres se suicidan más que los hombres con 250.000 a 300.000 suicidios anuales (uno cada dos minutos) (Calvillo et al., 2011, Organización

Panamericana de la Salud, 1997; citado en Toro et al., 2009; Gould, Greenberg, Velting, Shaffer, 2003; citado en Muñoz et al., 2006).

En una investigación sobre el perfil epidemiológico del suicidio en Argentina, durante el periodo de 1997 a 2007 se detectó que el mecanismo para la realización del suicidio en las mujeres al igual que en los hombres, aumentó progresivamente debido al ahorcamiento a lo largo del período analizado. Los suicidios por armas de fuego ocuparon menos del 40% de los mecanismos de muerte. La mortalidad por suicidios por otras causas también disminuyó a lo largo del período analizado, registrando el 12% en el 2007. Los envenenamientos ocuparon el menor porcentaje entre las formas de suicidios de las mujeres, sin embargo tuvieron un mayor aporte que en los varones, con valores entre el 10% y el 7% en los diferentes años. Se observa que si bien ambos sexos recurren con mayor frecuencia al ahorcamiento o la sofocación, los hombres emplean en mayor proporción armas de fuego mientras que las mujeres recurren más a distintas formas de envenenamiento.

Los métodos de suicidio varían entre los países, en algunos por ejemplo el uso de pesticidas es un método común, mientras que en otros la intoxicación por medicamentos, escapes de gases de los automóviles, y armas de fuego son más frecuentes. Los varones mueren mucho más a menudo a causa del suicidio que las mujeres; una de las razones para esto es que recurren a métodos más violentos para cometer suicidio, tales como armas de fuego, ahorcamiento y explosivos; en el género femenino lo es el envenenamiento mediante la ingestión de benzodiazepinas, barbitúricos, pesticidas, analgésicos y antibióticos, principalmente. Sin embargo, en la década pasada ha aumentado la proporción de mujeres en todo el mundo, que usan métodos violentos (Cataldo-Neto, Morellilb, Menezes, 2002; citado en Gutiérrez-García et al., 2006; OMS, 2001).

Estudios desarrollados en el país (Casullo et al., 2000) permitieron determinar que el 14% de los adolescentes escolarizados residentes en la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano se ubican en la categoría de alto riesgo suicida, por lo que se vuelve prioritario considerar su estudio epidemiológico como una urgencia social. La

ampliación de investigaciones destinadas a analizar las dimensiones subyacentes a los factores de riesgo resulta fundamental para concretar la detección temprana de los individuos que se hallen efectivamente en esa franja, así como para diseñar y poner en práctica intervenciones preventivas.

Diversas investigaciones han indicado que los habitantes de las zonas urbanas y los jóvenes de 15 a 24 años son los grupos poblacionales de mayor riesgo suicida en el continente americano (Organización Panamericana de la Salud, 1997; citado en Toro et al., 2009). En todo el mundo se está dando un aumento alarmante de suicidios entre jóvenes de 15 a 25 años de edad (OMS, 2004b). Aunque de manera alarmante, en años recientes ha ido en aumento el número de suicidios entre jóvenes de estas edades, es más común entre los de clase socioeconómica baja, con tratamiento psiquiátrico previo, con algún trastorno de la personalidad y antecedentes de abuso de sustancias y de intento de suicidio.

Más de 50% de los suicidios son consumados por personas con trastornos depresivos. La ansiedad es otro trastorno asociado de manera relevante con el suicidio, de modo que la comorbilidad de ansiedad con depresión multiplica el riesgo. (Gutiérrez-García et al., 2006)

Además de su creciente incidencia, el suicidio en jóvenes tiene particularidades que hacen más complejo su estudio. Por ejemplo, es natural que los intentos de suicidio de niños y adolescentes sean confundidos con accidentes o descuidos y sean considerados como simples llamadas de atención o peticiones de ayuda (Contreras, Gutiérrez, Lara, 1999; citado en Chavez-Hernández, Medina y Macías-García, 2008)

Debido a estos datos estadísticos recientemente mencionados, es que a continuación se profundizará con más detalle en el fenómeno del suicidio en adolescentes.

SUICIDIO EN ADOLESCENTES:

El suicidio es una de las principales causas de muerte en la adolescencia (Fonseca, 2004, citado en Monge et al., 2007). Según la OMS (2001) se estima generalmente que la información sobre el comportamiento suicida en la adolescencia está por debajo de su ocurrencia, porque muchas muertes de este tipo se clasifican imprecisamente como no intencionales o accidentales. Además se ha comprobado que solo el 50% de los adolescentes que intentan suicidarse buscan ayuda en algún hospital o centro asistencial luego de su intento, así el número de personas con tentativas de suicidio tratadas en los hospitales, no constituye una indicación real de la dimensión del problema en la comunidad. Es por esto que el registro es un problema en el estudio del suicidio; en Estados Unidos por ejemplo, por cada suicidio conocido se calculan cuatro no registrados. Hay intentos suicidas clasificados como intoxicaciones o accidentes (Duarte, Bordin y Hoven, 2002).

El suicidio en adolescentes es un problema de salud pública que afecta el entorno social, afectivo y/o económico de familiares y amigos (Secretaría de Salud de México, 2007; citado en Pérez et al., 2010).

Tener ocasionalmente pensamientos suicidas es parte de un proceso normal de desarrollo en la infancia y adolescencia. Estos procesos cognitivos son parte del tratar de elucidar los problemas existenciales cuando se trata de comprender el sentido de la vida y la muerte. Los pensamientos suicidas se vuelven anormales en los niños y adolescentes cuando la realización de estos pensamientos parece ser la única salida para sus dificultades. Existe entonces un serio riesgo de suicidio o intento de suicidio. (OMS, 2001)

El riesgo de suicidio se incrementa después de la aparición de la pubertad y los cambios biológicos, psicológicos y sociales asociados con la adolescencia pueden incrementar el grado de estrés experimentado por la mayoría de los jóvenes (Aro, Marttunen, & Lonnqvist, 1993; citado en Hernández-Cervantes, y Gómez-Maqueo, 2006). Es por esto que la población adolescente es un grupo de alto riesgo para conductas suicidas.

La adolescencia es una etapa de cambios significativos tanto físicos como psicológicos, lo que convierte a los jóvenes de tales edades en un grupo de alto riesgo. En el intento de suicidio, los jóvenes, al no ocasionarse la muerte la primera vez que lo intentan,

buscan comunicar lo que les acontece, como angustia, desazón, tristeza, necesidades emocionales no cumplidas, frustración enojo y, en ocasiones, venganza (Vázquez, Gonzalez, Rojo y Figueroa, 1998; citado en Monge et al., 2007).

Orbach (1995; citado en Casullo, 1995), propone una categorización en la que existen tres tipos básicos de comportamientos vinculados con ideaciones e intenciones suicidas en la adolescencia, la cual fue confirmada en la investigación epidemiológica realizada por Casullo (1998):

1) **Depresivo perfeccionista**: hace referencia a personas con un Superyo muy rígido que se exigen altos rendimientos y se manejan con altas expectativas de logro. Evidencian necesitar mucho la aprobación social y tendencias a cumplir con las normas sociales vigentes. Son altamente vulnerables a situaciones de fracaso y de crítica. Tienden a idealizar a personas amadas que han fallecido y son altamente propensas a internalizar sentimientos agresivos y hostiles. Se muestran bastante solitarias y es factible que se hayan criado en el núcleo de familias simbióticas muy conflictivas.

2) **Impulsivo**: caracteriza a personas con baja tolerancia a la frustración, incapaces de sentir afectos negativos, muy irritables, con marcadas tendencias a la actuación (acting - out) de sus conflictos. Son muy sensibles a las situaciones en las que se sienten rechazadas por otros y les cuesta resolver eficazmente situaciones problemáticas. Generalmente han atravesado su crianza en el contexto de familias violentas.

3) **Desintegrado**: en las personas que pueden incluirse en esta categoría es factible encontrar estados severos de ansiedad con miedo a la pérdida de la identidad. Temen perder el autocontrol e irritarse en forma desmedida, son poco asertivas y, en general, muy sumisas. Pueden, además, padecer ataques de pánico o trastornos de tipo esquizofrénico.

Ser adolescente hoy día produce en los jóvenes la necesidad de enfrentarse a dificultades muy diversas. La familia es el grupo biológico natural del ser humano; es un conglomerado social que abarca a la mayoría de los miembros de una sociedad. Es en la familia donde se llevan a cabo las principales funciones de socialización, en su

ámbito el sujeto adquiere su identidad y la posición individual intergeneracional, y significa las formas de desarrollo y bienestar de los adolescentes. (Monge et al., 2007).

Gordon (1986; citado en Casullo, et al., 2000) considera que seguir pensando que las familias de los adolescentes sirven como protección ante situaciones de alto estrés es más mítico que real, dado que la evidencia clínica demuestra que son las propias familias con sus conflictos no resueltos quienes generan problemas en el adolescente. Para este autor la familia occidental urbana actual tiene profundos temores acerca del paso de los años, las enfermedades y la muerte, por lo que transmite a los adolescentes ideas negativas sobre el proceso de crecimiento así como la necesidad de mantener una eterna adolescencia y tratar de no crecer.

Podría pensarse, en función de los estudios anteriormente citados que en comparación con otros grupos de edad, los adolescentes que mueren por suicidio tienen una mayor probabilidad de estar inmersos en la resolución de conflictos relacionados con la formación de identidad y en muchos casos con la separación de los padres, por lo que se vuelven más vulnerables al rechazo de los pares. Otros de los factores asociados al suicidio en adolescentes serían la depresión, sentimientos de soledad, desespero e incapacidad, deterioro de las relaciones familiares, rendimiento escolar deficiente, dificultad de aprendizaje, autoimagen disminuida, consumo de sustancias psicoactivas, sucesos de tensión en su vida, historia de abuso físico o sexual.

Las tentativas previas de suicidio y la pérdida reciente de una persona amada también aumentan en forma manifiesta las probabilidades de suicidio. (Rich, Warsrad, Nemiroff, Fowler, & Young, 1991; citado en Hernández-Cervantes y Gómez-Maqueo, 2006)

Wild, Flisher y Lombard (2004; citado en Toro et al., 2009), formularon un modelo de conducta suicida que consta de dos dimensiones interrelacionadas: la dimensión de los rasgos de la persona (genética, abuso de sustancias, trastorno de personalidad límite o impulsividad) y la de los desencadenantes o precipitantes (enfermedad psiquiátrica aguda o acontecimientos vitales adversos). Este estudio sugiere que deben coincidir, al menos, un factor de cada dimensión para que aumente el riesgo de suicidio.

Según la OMS (2001) actualmente, el suicidio entre los jóvenes menores de 15 años es poco frecuente, es aún más raro antes de los 12 años. Sin embargo, en algunos países hay un crecimiento alarmante de los suicidios entre los jóvenes menores de 15 años, así como en la franja de 15 a 19 años de edad.

La mayoría de los niños y adolescentes con conducta suicida presentan algún tipo de psicopatología. Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente asociados son trastorno del ánimo, principalmente la depresión, abuso de sustancias y conductas antisociales. La evidencia es clara en cuanto a que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo suicida. Ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar aparecen como los factores más frecuentemente asociados a la conducta suicida (Larraguibel et al., 2010).

Debido al gran impacto que este fenómeno genera en los adolescentes, sus familias y la sociedad, es que a continuación se abordará el tema de su prevención.

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO:

Según la OMS la mayoría de los suicidios pueden prevenirse, y aconseja: reducir el acceso a los medios para suicidarse (pesticidas, medicamentos, armas de fuego); tratar a las personas con trastornos mentales, y en particular a quienes padecen depresión, alcoholismo o esquizofrenia; realizar un seguimiento de los pacientes que intentaron quitarse la vida; fomentar un tratamiento responsable del tema en los medios de comunicación y formar a los profesionales de la atención primaria de salud (Citado en Calvillo, Negro, Venesio y Paz, 2011).

Para la prevención de este fenómeno es necesario identificar a la población vulnerable. Es importante destacar la necesidad de sensibilizar a padres, maestros y médicos familiares sobre la vital importancia de detectar tempranamente los factores de riesgo del suicidio, por ejemplo ansiedad, depresión o abuso de drogas, para poder establecer un diagnóstico y un tratamiento correcto y oportuno (Gutiérrez-García et al., 2006)

La medición del riesgo suicida y la identificación de las personas en riesgo de un intento suicida son tareas prioritarias. Infortunadamente, hasta la fecha, no existen modelos clínicos que permitan una adecuada predicción de este tipo de conductas o que hagan posible diferenciar a los individuos que se van a suicidar de aquellos que no (Yufit, 1991; citado en Sánchez et al., 2002)

La tesisista se adhiere a la opinión de Gómez y Rodríguez (1997; citado en Toro et al., 2009), quienes exaltan en sus estudios, el necesario diagnóstico del riesgo suicida y lo imperioso del tratamiento adecuado en los casos sospechosos para evitar desenlaces fatales. La historia clínica completa es el pilar diagnóstico, debe registrar intentos suicidas previos, gravedad de los mismos y la evaluación del riesgo suicida (Maris, 2002; citado en Pérez-Olmos et al., 2007).

La derivación oportuna, evaluación del funcionamiento familiar y el desarrollo de tratamientos efectivos en gente joven con morbilidad psiquiátrica pueden ser muy efectivos para reducir la conducta suicida. Al mismo tiempo, es necesario evaluar psiquiátricamente la familia, ya que disturbios en el ambiente familiar pueden ser importantes factores en los que se debe localizar el tratamiento. (Larraguibel et al., 2010).

Gutiérrez-García, y sus colaboradores (2006, p.72) proponen ciertas cuestiones importantes que hay que atender para prevenir un suicidio en el adolescente:

- Reconocer que la depresión puede ocurrir en niños y en adolescentes.
- Evitar a toda costa que los adolescentes tengan acceso a medios para suicidarse.
- Estar alertas cuando un adolescente muestre signos y síntomas de desesperanza e impulsividad.
- El suicidio tiene una base biológica, por lo tanto no se trata de cobardía o de un acto de rebeldía.
- El diagnóstico inadecuado e inoportuno, conlleva a un mal tratamiento y por lo tanto al riesgo suicida.
- Educar a padres y maestros para que aprendan a detectar signos de desesperanza en los jóvenes.

En 1999 la OMS lanzó el programa SUPRE, una iniciativa mundial para la prevención del suicidio (OMS, 2001). El mismo consiste en una serie de instrumentos preparados y dirigidos a grupos específicos sociales y profesionales particularmente relevantes para la prevención del suicidio. Según ésta organización el mejor enfoque de las actividades de prevención de suicidio, lo constituye un trabajo de equipo que incluya maestros, médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, trabajando en estrecha colaboración con las organizaciones comunitarias.

Otros autores como Guibert y Torres (2001; citado en Toro et al., 2009), consideraron que la aplicación del enfoque de riesgo al estudio de la conducta suicida es uno de los pasos más importantes en el conocimiento y prevención del suicidio que se ha producido a escala mundial, pues los factores de riesgo pueden ser causa o indicadores del comportamiento, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia de este, lo cual permite anticipar una atención preventiva, adecuada y oportuna a fin de evitar dicha conducta patológica.

Podría pensarse que un paso importante prevenir el suicidio es conocer los mitos y concepciones falsas que se forman alrededor del mismo, dado que los hechos objetivos con frecuencia se distorsionan por el impacto que genera. A continuación se examinarán algunas:

- ① **“Las personas que se suicidan no dan señal alguna de que van a actuar de esa manera”**: estudios realizados sobre el tema ponen de manifiesto que quienes intentan quitarse la vida revelan historias personales con mucho desajuste emocional y conductas poco adaptativas; algunos autores hacen referencia a las carreras suicidas para describir tal proceso.
- ② **“Generalmente un hecho intenso de poca importancia lleva a una persona sana a decidir terminar con su vida”**: esta creencia deja de lado la importancia central que tienen las mediaciones cognitivas en la determinación de las estrategias de afrontamiento que se ponen en juego. Diversas investigaciones muestran que las personas con ideaciones o intentos suicidas suelen exhibir una elevada rigidez cognitiva y ausencia de habilidades sociales (Casullo, 2005).

- ③ **“Solamente las personas que están muy psicóticas se suicidan”**: a pesar de que en numerosos casos de intentos o de suicidios concretados se verifica la comorbilidad de diferentes psicopatologías, la mayor parte de ellas no aluden a cuadros psicóticos.
- ④ **“Si una persona piensa en matarse ello se debe a que la situación por la que está pasando no permite otra opción”**: investigaciones acerca de las fortalezas yojicas, la resiliencia o los comportamientos humanos ante enfermedades terminales revelan que existe capacidad para mantener un proyecto de vida aún en situaciones altamente estresantes. Las circunstancias que los suicidas connotan como límites son superadas por un amplio sector de la población general.
- ⑤ **“Quien amenaza con quitarse la vida, generalmente no lo concreta”**: numerosos estudios han permitido constatar que por lo menos dos tercios de los sujetos que intentaron o lograron suicidarse habían comunicado con anticipación sus intenciones al respecto. (Casullo et al., 2000)
- ⑥ **“Las personas que quieren terminar con sus vidas, finalmente lo logran. No hay forma de modificar esa decisión”**: resultados obtenidos mediante la denominada autopsia psicológica (estudios post mortem) permiten establecer que muchos suicidas presentaban problemas de depresión, ansiedad, alcoholismo, dependencia de drogas, todas ellas patologías que pueden ser tratadas con eficiencia. En muchos casos la eliminación de los síntomas hace posible que el paciente pueda pensar de otra manera.
- ⑦ **“La tendencia al suicidio es hereditaria. Pasa de una generación a otra”**: Esta concepción puede considerarse parcialmente verdadera. Algunos autores 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, siendo este un factor de riesgo 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 et al., 2000).
- ⑧ **“No es conveniente hablar del suicidio con gente muy deprimida. Puede ayudar a que pasen de la ideación al acto”**: rara vez la idea de suicidio es novedosa para una

persona con depresión, y con frecuencia agradecen el tener la oportunidad de hablar acerca de ella. Hay mayor riesgo en evitar el tema pues ello refuerza el sentimiento de vergüenza por pensar en la muerte. El diálogo puede servir para referirse a algún tema conflictivo, ayudar a comprenderlo y pensar en formas de resolverlo.

- ⑨ **“La mayor parte de los casos de suicidio se dan en gente de bajo nivel social, con pocos recursos económicos”**: en las últimas décadas se ha comprobado el aumento de las tasas de suicidio entre los más jóvenes (15 a 24 años) y no necesariamente en quienes se ubican en los niveles socioeconómicos más bajos. Algunas investigaciones otorgan mucha importancia a los procesos de aculturación asociados con migraciones así como a la carencia de apoyo afectivo por parte de las figuras parentales y a la presencia de normas familiares muy rígidas relativas a las conductas socialmente aceptables como factores de riesgo. (Casullo et al., 2005)

La OMS (2012) promovió el 10 de septiembre, como Día Mundial para la Prevención del Suicidio. Fecha en la cual se renueva el objetivo de fomentar en todo el mundo compromisos y medidas prácticas para prevenir los suicidios.

Además, dicha organización, con el patrocinio de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, proponen terapia adecuada y medidas de seguimiento para quienes han intentado suicidarse, junto con un tratamiento más mesurado del suicidio por parte de los medios de comunicación.

Ambas organizaciones reconocen necesaria una labor mundial de concientización de que el suicidio es una de las grandes causas prevenibles de muerte prematura. Según ellas los gobiernos deben elaborar marcos normativos para las estrategias nacionales de prevención del suicidio. A nivel local, las declaraciones políticas y los resultados de la investigación deben plasmarse en programas de prevención y actividades comunitarias (OMS, 2012).

En el capítulo siguiente se indagará en los factores de riesgo que pueden influir en los adolescentes de forma negativa, incidiendo en la ideación y comportamiento suicida.

CAPITULO 3:

FACTORES DE RIESGO

La conducta suicida no es explicable por una causa única, surge de múltiples factores de naturaleza biológica, psicológica y social.

El riesgo de que un individuo realice un acto suicida, está en relación con el número de factores de riesgo que presente (García de Jalón y Peralto, 2002; Venceslá y Moriana, 2002).

En todos los casos de conductas suicidas, el estudio de factores de riesgo debe considerar la naturaleza multifactorial de dicho fenómeno.

Los factores de riesgo suicida se pueden clasificar de diversas maneras, a partir de distintos criterios, pero una forma interesante de concebirlos puede ser como fijos y modificables. El tratamiento psiquiátrico por ejemplo difícilmente modificará los factores de riesgos fijos, tales como el intento previo de suicidio, los factores genéticos, los de género, edad, el estado civil, la situación económica y la preferencia sexual. En cambio, los factores de riesgo modificables son, principalmente, la ansiedad y la depresión, el acceso a los medios para cometer el suicidio, la interrupción de tratamientos médicos, el aislamiento social y las enfermedades crónicas (Forster & Wu, 2002; citado en Gutiérrez-García, Contreras, y Orozco-Rodríguez, 2006)

El objetivo de este capítulo es revisar en la literatura científica los factores de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes, apuntando al conocimiento y prevención. Son variados y múltiples los factores que han sido ligados a la conducta suicida en este grupo etario. A continuación se describirán los más relevantes:

GÉNERO

Los varones cometen un mayor número de suicidios consumados y las mujeres mayor número de tentativas (Venceslá y Moriana, 2002). Esto está relacionado con los métodos empleados para tal fin, los varones emplean más frecuentemente armas de fuego, o métodos más violentos lo que supone mayor certeza de muerte, en tanto que las mujeres suelen recurrir a las píldoras o gas, cuyos efectos letales son menores (Casullo, Bonaldi y Fernández Liporace, 2000), los hombres estarían más expuestos a sufrir las consecuencias de las fluctuaciones socioeconómicas; tienen mayor prevalencia de alcoholismo; utilizan medios más violentos y por lo tanto el intento de suicidio es más exitoso en ellos que en las mujeres (Retamal, Reszczynski, Orto, Ojeda y Medina, 1995; citado en Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela, 2000; Brezo, Paris, Tremblay, Vitaro y Zoccolillo, 2006; citado en Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales, 2006)

EDAD:

Según Larraguibel y colaboradores (2000) y la OMS (2001) la suicidabilidad aumenta con la edad, siendo el suicidio antes de los 15 años muy poco frecuente.

Sin embargo se ha detectado una tendencia mundial de suicidio en jóvenes de entre 15 y 24 años (González, 1997; citado en Venceslá y Moriana, 2002; Casullo, Fernández Liporace y Contini de González, 2005; Calvillo, Negro, Venesio y Paz, 2011; Organización Panamericana de la Salud, 1997; citado en Toro, Paniagua, González y Montoya, 2009; OMS, 2001, OMS, 2004), convirtiendo ésta franja etaria en un grupo de alto riesgo.

RASGOS O ESTILOS DE PERSONALIDAD:

Según Casullo, et. al. (2000) algunas características de personalidad pueden convertirse en altamente autodestructivas, bajo determinadas circunstancias, la tesinista adhiere a dicha caracterización:

- La ambición, debido a que las altas aspiraciones frustradas pueden conducir a situaciones suicidas.

- La impulsividad, ya que implica un fracaso en el control de los impulsos.
- La apatía y el pesimismo, porque generan rigidez en el pensamiento. El cual a su vez es el responsable de que el sujeto cuente con pocas estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, lo que determina que aumente el riesgo de suicidio ante situaciones generadoras de estrés emocional.
- El rechazo a recibir ayuda, porque se basa en desconfianza, aislamiento, escapismo.
- El aislamiento social, ya que refleja una pobre red de apoyo ante los eventos de vida negativos.

PRESENCIA DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA:

Diferentes trastornos psicopatológicos coexisten con los comportamientos suicidas; no puede decirse que son la causa de ellos sino que su presencia aumenta la probabilidad de un suicidio, en la medida que provocan sufrimiento psicológico, disminuyen las defensas yoicas y originan sentimientos de desesperación y desesperanza, e inadecuado uso de los mecanismos de defensa, todo lo cual reduce las posibilidades adaptativas así como el empleo adecuado de estrategias de afrontamiento frente a situaciones conflictivas (Orbach, 1995, citado en Casullo, et. al., 2000; Fernández Liporace y Casullo 2006).

Entre los factores de riesgo más asociados al suicidio en adolescentes se encuentran: la depresión mayor, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, la personalidad límite, ataques de pánico y trastornos debido al consumo de sustancias (Pérez-Olmos, Rodríguez-Sandoval, Dussán-Buitrago y Ayala-Aguilera, 2007; Orbach 1994, citado en Casullo et. al., 2000; Birmaher, 1996; citado en González, Ramos, Caballero y Wagner, 2003).

Depresión:

Podría pensarse que la depresión es, quizás uno de los factores psiquiátricos más vinculado con el suicidio. Afecta de manera importante el nivel de funcionamiento personal y social. Dicho trastorno afecta a personas de cualquier edad, sexo, raza, etnia o nivel económico.

Existe una estrecha relación entre los trastornos afectivos con la propensión a causarse daño a sí mismo deliberadamente, al parecer con el fin lograr algún alivio al aniquilarse o escapar. Así la persona deprimida posee expectativas negativas sobre el futuro y la sensación de dificultad extrema para alcanzar las metas propuestas, es decir, se caracteriza por su desesperanza. De esta forma, está ausente la motivación para dar una respuesta adecuada a lo cotidiano y concurren déficits cognoscitivos que interfieren con un nuevo aprendizaje por el abatimiento motriz y emocional, acompañado de ansiedad. Por ello, la desesperanza se correlaciona positivamente con la ideación suicida y se le considera un factor clave en la relación entre la depresión y el suicidio (Joiner, Brown & Wingate, 2005; citado en Gutiérrez-García, et. al., 2006; Leyva, Hernández, Nava, López, 2007; citado en Toro, et. al., 2009; y Larraguibel, et. al., 2000).

García de Jalón y Peralto (2002), advierten que el riesgo es especialmente mayor al comienzo o al final del episodio depresivo, aumentando 20 veces el riesgo de suicidio.

Guibert y Torres (2001; citado en Toro, et. al., 2009) encontraron que la depresión tiene una relación significativa de causalidad con el intento suicida al hacerlo 13 veces más probable.

Trastorno Bipolar:

Otra entidad nosológica que con una frecuencia de 29% se asocia al suicidio es el trastorno bipolar, sobretodo es en la fase depresiva cuando existe un mayor riesgo de suicidio (Post, 2005; citado en Gutiérrez-García, et. al., 2006)

Esquizofrenia:

En el caso de la esquizofrenia, también existe riesgo a lo largo de todo el curso de la enfermedad (Tandor, 2005; citado en Gutiérrez-García et. al., 2006) principalmente los del subtipo esquizoafectivo, es decir, en comorbilidad con depresión mayor (Ginsberg, Schooler, Buckley & Harvey, 2005; citado en Gutiérrez-García, et al., 2006)

Ansiedad:

Las personas que sufren de ansiedad tienen un riesgo mayor de cometer suicidio en comparación con la población general. Más allá del tipo de ansiedad, lo importante es cuando concurre con depresión mayor.

Larraguibel y colaboradores (2000) indicaron que la ansiedad agregada a un cuadro clínico de ideación suicida genera un sufrimiento particular en el estado psicopatológico aumentando el desarrollo y/o la mantención de la ideación suicida. De esta forma quien intentó o logró suicidarse pasaba por un estado de ansiedad en el momento del acto.

Joiner Wingate, (2005; citado en Gutiérrez-García, et. al., 2006) sugiere que los trastornos afectivos de ansiedad moderadamente severos, las reacciones transitorias de ajuste, la ansiedad como rasgo de personalidad y las características obsesivas también se consideran como factores de riesgo suicida. De manera que la evaluación de la severidad de la ansiedad y de la agitación puede ayudar a identificar a pacientes con riesgo suicida.

La fuerte relación entre el suicidio y los trastornos psiquiátricos, incrementa la responsabilidad de hospitalizar a quien intenta el suicidio (Yaphk, 1994; citado en Gutiérrez-García, et. al., 2006).

ABUSO Y ADICCIONES: Alcohol, drogas:

El alcohol, las adicciones y abuso de sustancias también son predictores de riesgo de suicidio (Duarte, Bordin y Hoven, 2002; Larraguibel, et. al., 2000; Pérez, Rivera, Atienzo, De Castro, Leyva, Chávez 2010; Paniagua Repetto & García Calatayud, 2003; Fernández Liporace y Casullo, 2006).

La ingesta de alcohol incrementa el riesgo de suicidio porque agrava los sentimientos depresivos y disminuye el autocontrol. Alrededor de la mitad de los que intentan

suicidarse están intoxicados en el momento de hacerlo (Guibert y Del Cueto, 2003; citados en Toro, et. al., 2009).

Aproximadamente un tercio de los hombres y una quinta parte de las mujeres que intentan suicidarse abusan del alcohol; así, cerca de una décima parte de alcohólicos mueren por suicidio y un tercio de quienes habían intentado el suicidio consumieron alcohol dentro de las seis horas previas al intento (Borges, Cherpitel, Macdonald, Giesbrecht, 2004; citados en Gutiérrez-García, et. al., 2006).

IDEACION SUICIDA E INTENTOS PREVIOS DE SUICIDIO:

La persona que tiene pensamientos suicidas es más propensa a intentar quitarse la vida. Ésta estrecha relación entre ideación y conducta suicida ha sido verificada también en adolescentes (Chavez-Hernández, et. al., 2008).

Podría afirmarse que la intensidad de los pensamientos suicidas, su profundidad y duración distinguen a un joven saludable de uno que se encuentra próximo a una crisis suicida.

En los adolescentes el riesgo de repetir un intento suicidio en corto tiempo es particularmente alto, un 10% se suicida dentro de los 10 años siguientes y sólo un cuarto de ellos consultan a algún profesional porque la mayoría creen no necesitar ayuda (Serfaty E, 1998; citado en Larraguibel, et. al., 2000; Madrigal, Fonseca y Vázquez, 2004; citado en Monge, et. al., 2007).

Quien ha intentado quitarse la vida una vez, es más propenso a intentarlo nuevamente en menos de un año, con mayores probabilidades de éxito (Reinherz, Giaconia, Silverman, Friedman, Pakis, 1995; citado en Chavez-Hernández, et. al., 2008)

De esta forma el antecedente de intento de suicidio es un factor de riesgo para futuros intentos y para el suicidio consumado (Lewinsohn, Roberts, Seele y Rhode, 1994 y Wichstrom, 2000; citados en González, et. al., 2003; Duarte, et. al., 2002).

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SUICIDIO

Goodwing, Beautrais y Fergusson, (2004; citado en Muñoz, et. al., 2006), han encontrado que el suicidio de un amigo/a o de un miembro del grupo familiar aumenta el riesgo de quitarse la vida, especialmente en adolescentes escolarizados con una historia de intentos suicidas o con trastornos depresivos.

La influencia de haber estado expuesto a un modelo suicida teniendo conocimiento del mismo, de forma directa o a través de los medios de comunicación, incrementa el riesgo en las personas predispuestas al suicidio y preferentemente en la población adolescente (Sarró, Surribas y De la Cruz, 1988; citado en Venceslá y Moriana, 2002).

Quienes intentan o logran suicidarse tienen una historia familiar de actos suicidas (Roy & Segal, 2001; citados en Gutiérrez-García, et. al., 2006)

FACTORES ESTRESANTES:

Podría pensarse que los eventos negativos en la vida que aumentan el riesgo de suicidio o el intento de suicidio ya que generan estrés, causan fatiga emocional, reducen la motivación y deterioran las capacidades para afrontar problemas.

Hay una correlación importante entre los sucesos de vida estresantes y el riesgo suicida. Es decir, que al aumentar el número de sucesos estresantes reportados por los jóvenes, el riesgo suicida aumenta (Hernández, Lucio, y Arenas, 2003; citados en Hernández-Cervantes, et. al., 2006; Adams y Adams, 1991; citados en Hernández-Cervantes, et. al., 2006).

Overholser (2003; citado en Hernández-Cervantes, et. al., 2006) comentó que se podría diferenciar los eventos precipitantes, que se refieren a aquellos sucesos que preceden inmediatamente a una crisis suicida; de los estresores, que hacen referencia a los eventos que ocurren semanas o meses previos al intento suicida.

Los eventos de vida estresantes o adversos pueden disparar un acto suicida, aunque esta asociación ocurra probablemente solamente entre individuos que poseen una vulnerabilidad al suicidio. En general, los eventos que se han asociado al acto suicida podrían llegar a ser percibidos por la persona como un reflejo de su pérdida, humillación, vergüenza o fracaso.

El suceso estresante en sí funciona entonces como un disparador que empuja al individuo hacia el comportamiento suicida en un intento desesperado por enfrentar estas reacciones emocionales intensas (Overholser, 2003; citado en Hernández-Cervantes, et. al., 2006).

Algunos ejemplos de éste tipo de factores son:

- La pobreza, la pérdida de un ser querido, las discusiones entre familiares o con amigos, la ruptura de una relación y los problemas legales o laborales (Mann, 2000; citado en Gutiérrez-García, et. al., 2006).
- La muerte de un familiar muy querido, así como las experiencias que incluyen crisis económico-financieras de mucha importancia o sentirse muy rechazado o marginado por otros.
- Presiones familiares muy fuertes para alcanzar logros académicos, relacionadas con fracasos reiterados.
- Enfermedades crónicas, propias o de algún familiar cercano, situaciones de desempleo, violencia familiar, experiencias de violación sexual (Casullo, et. al., 2000).
- Alteración del balance bio-psico-social en la adolescencia; una pubertad más temprana y una dependencia social más duradera, causa estrés, tensiones y problemas en familias, colegios y sociedad (Duarte, et. al., 2002) pudiendo generar vulnerabilidad hacia conductas autodestructivas.

Además de los sucesos de vida estresantes, varios estudios sugieren que experiencias traumáticas tempranas pueden tener efectos a largo plazo y estar relacionadas al comportamiento suicida adolescente. Kjelsberg, Neegard, y Dahl (1994; citados en Hernández-Cervantes, et. al., 2006) encontraron que pérdidas serias experimentadas en

una instancia temprana pueden incrementar el riesgo de muerte por suicidio durante la adolescencia.

En sujetos vulnerables algunas experiencias pueden ser vistas como catastróficas y desencadenar el proceso suicida, especialmente cuando existe dependencia de alcohol y de otras drogas, antecedentes de abusos físicos o sexuales en la infancia, de aislamiento social, de enfermedades somáticas dolorosas o discapacitantes y, particularmente, de trastornos como la depresión o la esquizofrenia (Gutiérrez-García, et. al., 2006).

VIOLENCIA

Ser víctima o generador de violencia aumenta el riesgo de suicidio; por ejemplo, violencia intrafamiliar o participar en grupos violentos organizados (Campo, Roa, Pérez, Salazar, Piragauta, López 2003; citado en Pérez-Olmos, et. al., 2007).

TRASTORNOS DE CONDUCTA:

Historia de conductas agresivas e impulsivas, la desesperanza y los niveles altos de irritabilidad que se han relacionado con impulsividad y conductas de riesgo suicida. Múltiples estudios sobre estas conductas peligrosas para la vida han demostrado correlaciones significativas entre abuso de sustancias, conductas antisociales e intento de suicidio (Larraguibel, et. al., 2000, Orbach 2004; citado en Casullo, et. al., 2000; Fernández Liporace y Casullo, 2006).

Así es como el intento de suicidio en adolescentes se ha asociado con variadas conductas de riesgo como son: la conducta sexual promiscua, uso de sustancias, falta del uso de medidas de seguridad (por ejemplo, uso de cinturón de seguridad), violencia, inasistencia a clases, participación frecuente en peleas, uso de armas de fuego, enfermedades de transmisión sexual, etc. (Woods, Lin, Middleman, Beckford, Chase y DuRant , 1997; citado en Larraguibel et. al., 2000).

Algunos autores opinan que frecuentemente los adolescentes suicidas han tenido problemas legales y los adolescentes encarcelados están en extremo riesgo de suicidio (Shafii, Carrigan, Whittinghill & Derrick, 1985; citado en Larraguibel, et. al., 2000). Ya que en ellos se detecta, a menudo la pérdida del control, asociada con ansiedad, pánico y vacuidad, todo ello aunado a una discapacidad para enfrentar y resolver problemas (Speckens & Hawton, 2005; citados en Gutiérrez-García, et. al., 2006)

Las bases genéticas y las condiciones biológicas también pueden incrementar la posibilidad de estructurar comportamientos suicidas. Y el riesgo se agrava aún más en el caso de los adolescentes ya que el fracaso puede ser vivido por ellos con mucha humillación; la desesperanza y el sentirse humillado originan deseos de abandonarlo todo, abatimiento, apatía y tendencias agresivas (muy comunes en sujetos con ideaciones e intentos suicidas), sentimientos de vergüenza, soledad, de ser diferente al resto y ocasionar aislamiento. Esto ocurre a la vez que se experimentan sentimientos de rabia, hostilidad, irritabilidad, ansiedad y labilidad afectiva.

LA FAMILIA Y LA ESCUELA

Podría pensarse que la familia y la escuela proporcionan elementos de riesgo o de protección según sea el caso.

Pertenecer a familias con niveles bajos de cohesión, presentar conflictos con padre y/o madre, presenciar discusiones familiares por problemas económicos, desempleo, antecedente de conducta suicida en algún familiar cercano, entre otros, vulnera la ideación e intento suicida (Villagómez, Balcázar y Paz, 2005; citado en Pérez, et. al., 2010; Fernández Liporace y Casullo, 2006).

Cuando las relaciones familiares son cálidas, estrechas y cooperativas, los miembros se fortalecen y se fomenta la maduración y bienestar personal; en cambio, cuando esto no acontece, predomina la incertidumbre, con el consiguiente malestar que puede generar la ideación e incluso el intento suicida (Valdés, Serrano, Rodríguez, Roizblatt y Florenzano, 1997; citado en Toro, et al., 2009; Guibert y Torres, 2001; citados en Toro, et. al. 2009; y en Muñoz, et. al., 2006; Barcelata, Durán & Lucio, 2004; citados en Pérez-Olmos, et. al., 2007; Fergusson & Lynskey, 1995; citados en Larraguibel, et. al.,

2000; Mardomingo, 1992; citado en Venceslá y Moriana, 2002; Bhugra, Singh, Fellow-Smith, Bayliss, 2002; citado en Muñoz, et. al., 2006). Esto posiblemente se debe a que la familia puede llegar a crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes.

Guibert y Torres (2001; citado en Toro, et. al., 2009), hallaron en uno de sus estudios de conducta suicida que 77,4% de los que intentaron suicidarse evaluaron a su familia como disfuncional; en correspondencia con los resultados de este estudio, los adolescentes con clasificación alta en riesgo de suicidio consideraron que su familia era disfuncional en 82,1% de los casos.

En este punto, cabe resaltar la función innegable e indelegable de la familia en la prevención de conductas autodestructivas de sus miembros; en todo momento los padres deben brindar los elementos necesarios y suficientes para potenciar las capacidades y destrezas de sus hijos.

En 1998 en Carolina del sur, un grupo de investigadores realizó un estudio prospectivo longitudinal, con seguimiento de un año en adolescentes de seis escuelas públicas, con el objetivo de identificar probables predictores de la conducta suicida y depresión. Los resultados muestran que el aumento de la cohesión familiar fue un factor protector para los que intentarían el suicidio y que el no vivir con ambos padres no se asoció con ninguna conducta suicida, sugiriendo que no es la estructura familiar per se, sino la calidad de las relaciones familiares, el factor de riesgo en la conducta suicida del niño y adolescente temprano (McKeown, Garrison, Cuffe, Waller, Jackson & Addy, 1998; citados en Larraguibel, et. al., 2000).

ABUSO SEXUAL:

Existe una fuerte correlación entre abuso físico y sexual, violaciones sexuales agresivas, durante la infancia e intentos de suicidio en la adolescencia y edad adulta (Fernández Liporace y Casullo, 2006; Pérez, Ibáñez, Reyes, Atuesta y Suárez, 2008; Gutiérrez-García, et. al., 2006; Beautrais, Joyce & Mulder, 1996; citados en Larraguibel, et. al., 2000; Hernández-Cervantes, et. al., 2006).

DIA DE LA SEMANA:

Con respecto al día de la semana en el que se producen mayor número de suicidios, no existen datos concluyentes. Algunas investigaciones sostienen que los días intermedios de la semana son los de mayor frecuencia, y los fines de semana los de menor tendencia. Sin embargo, otros estudios señalan como dato significativo el día domingo como día de mayor incidencia (Venceslá y Moriana, 2002).

ESTADO CIVIL:

Por otro lado, el estado civil es un dato concluyente en la población adulta, siendo el matrimonio un factor de protección, mientras en la población adolescente el estar casado actúa como factor de riesgo (Adam, 1990; citado en Venceslá y Moriana, 2002).

OTROS FACTORES FACILITADORES:

Algunos factores son facilitadores porque crean la ilusión de que el suicidio no sólo es la solución para el problema que se enfrenta sino que además es atractivo y normativo, como por ejemplo:

- La exposición a situaciones de suicidio,
- El acceso a armas para concretar actos suicidas,
- Determinadas normas culturales: el efecto de las creencias y normas culturales sobre los comportamientos suicidas es de mucho peso. La significación que una cultura asigna al hecho de morirse tiene efectos en los comportamientos de sus miembros. Las creencias religiosas deben ser tenidas en cuenta, ya que en muchas de ellas, la

muerte adelanta la llegada a un mundo en el que se vive mejor y es posible el reencuentro con seres queridos.

- Actitudes de atracción a la muerte o rechazo a la vida: estudios realizados sobre actitudes de atracción o rechazo hacia la vida y la muerte entre estudiantes universitarios argentinos, pusieron en evidencia que en aquellos con alto riesgo suicida era más evidente el rechazo hacia lo vital que la atracción hacia lo mortal (Casullo, 1997).
- Sensaciones muy peculiares de ser diferente a los demás (Orbach, 1995; citado en Casullo, et. al., 2000; Fernández Liporace y Casullo, 2006).
- Conflictos, pérdidas y cambios en las relaciones interpersonales y la desesperanza aprendida (Barón, 2000; citado en Pérez-Olmos, et. al., 2007).
- Enfermedades médicas, físicas concurrentes y el dolor crónico.
- Divorcio, separación o muerte de padres o cuidadores.
- El desempleo y el bajo nivel socioeconómico y educativo (Fernández Liporace y Casullo, 2006)

Entre estos facilitadores se incluyen también los programas de televisión en los que aparecen los suicidios consumados, ya que pueden generar el llamado *efecto Werther*, en el cual la percepción o exposición a información sobre suicidio de personas conocidas, pareciera que provoca en televidentes fuertes reacciones emocionales, impacto imitativo y actitudes positivas hacia quitarse la vida con fantasías de recibir la misma atención lograda por el protagonista de la acción televisada (Berman, Jobes, 1991; citado en Casullo, et. al., 2000; Pelkonen y Marttunen, 2003; citados en Pérez-Olmos, et al., 2007). Varios estudios han demostrado que éste efecto imitativo tiende a ser más específico en ciertos subgrupos de población, dentro de los que se destacan los adolescentes varones.

Como se desarrolló a lo largo de este capítulo, los factores de riesgo son variados y de múltiples naturalezas. Ellos influyen negativamente en la vida de los adolescentes y en la forma de resolver situaciones problemáticas, sobre todo cuando sus efectos no son contrarrestados por factores protectores. En el capítulo siguiente se profundizará en los tipos de factores de protección y su incidencia en la prevención del suicidio.

CAPÍTULO 4:

FACTORES DE PROTECCIÓN

DEFINICIÓN:

Podría decirse que en el área de la salud, se denominan *factores protectores*, a las características detectables en un sujeto, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, disminuir la vulnerabilidad fortaleciendo conductas saludables.

Los factores protectores del suicidio en la adolescencia son aquellos que proveen cierto grado de protección contra el comportamiento e ideación suicida en los jóvenes.

Haquin, Larraguibel y Cabezas (2004) proponen que los factores protectores más frecuentes son: tener expectativas futuras, ausencia de conductas de riesgo, no desarrollar dependencia de alcohol o drogas, ausencia de maltrato, tener un buen autoconcepto, autoestima y buena inserción en el colegio y en la familia.

Así podría decirse que los factores de protección que reducen el riesgo de suicidio en los jóvenes, estarían en la base de una relación de conexión con la familia y la escuela, bienestar emocional y logros académicos, buena comunicación interpersonal, alta autoestima, proyecto de vida y cierto nivel de resiliencia.

Gould, Greenberg, Velting y Shaffer, (citado en Pérez-Olmos, Rodríguez-Sandoval, Dussán-Buitrago y Ayala-Aguilera, 2007) incluyen entre estos las buenas relaciones significativas e interpersonales, el grado de cohesión familiar, alto grado de involucramiento mutuo, intereses compartidos y apoyo emocional.

Pérez, Ibáñez, Reyes, Atuesta y Suárez (2008) también destacan la importancia de la estabilidad del vínculo afectivo y del apoyo sociofamiliar entre estos factores.

A continuación se ahondara con más detalle cada uno de los ejes principales de los factores de protección en la adolescencia:

LA FAMILIA

La familia fomenta en sus integrantes expectativas a futuro, metas, promueve el sentimiento de pertenencia, contribuye al desarrollo de la moral, el autoconcepto y la autoestima y previene conductas de riesgo, siempre y cuando las relaciones que en ella se establecen se den con calidez afectiva, comunicación eficiente y el respeto por la particularidad de cada uno. Así ejerce la función de protección para sus miembros, donde quienes encuentran en ella un espacio de contención y de desarrollo personal. Sin embargo bajo ciertas circunstancias y en ciertos contextos, sobretodo cuando no se promueven estas funciones protectoras, puede convertirse en un factor de riesgo de suma influencia para los sujetos que la componen.

Haquin et. al., (2004) la consideran como uno de los elementos más importantes de la red de apoyo social del adolescente, siendo el espacio más cuestionado, pero también en el que encuentra mayor contención durante éste período de su vida.

Es muy importante tenerla en cuenta como principal medio de intervención para fomentar factores protectores o disminuir factores de riesgo en los adolescentes.

LA ESCUELA

El sistema escolar cumple un papel de suma importancia en cuanto a la integración del sujeto a grupos de pares y a la sociedad en general.

La escuela puede considerarse una fuente de satisfacción para el adolescente ya que en ella puede ejercitar y mejorar sus capacidades y habilidades; y a través de ella acumular

conocimientos respecto de sí mismo y del mundo que lo rodea, aprehender mejores estrategias de afrontamiento, y desarrollar la autoestima (Haquin et. al., 2004).

Sin embargo, también puede actuar como factor de riesgo cuando en ella se genera discriminación, bullying, aislamiento, burlas, bajo rendimiento u altas exigencias. Es por esto que se debería explotar en su rol preventivo atendiendo a la observación de las particularidades de cada estudiante.

APOYO PSICOSOCIAL:

Entre las formas que se ejerce apoyo psicosocial a los adolescentes, se pueden mencionar las formales: como instituciones educativas o gubernamentales; y las informales: como el grupo de pares o la familia (Cohen & Syme, 1985; citados en Berger, 2004).

El apoyo psicosocial incluye recursos de la comunidad en la que crecen y se desarrollan los adolescentes, que les brindan seguridad, relaciones interpersonales protectoras, desarrollo de habilidades, grupos de pares y actividades que contribuyen al desarrollo cognitivo, social, creativo, cultural, vocacional y emocional.

RESILIENCIA Y RECURSOS PSICOLOGICOS INTERNOS:

No todos los adolescentes responden de la misma manera a situaciones estresantes. Es variable la forma de manejarse ante situaciones difíciles, incluso algunos aprenden de ellas y resultan fortalecidos, lo que se conoce como resiliencia.

Los sujetos que cuentan con mayores recursos psicológicos internos, en combinación con los externos, como serían los de la familia y grupo de amigos, tienen más posibilidad de enfrentar cómodamente situaciones adversas.

Cuándo el adolescente cuenta con varios de estos factores protectores, disminuye el riesgo de conductas autodestructiva, entre ellas el suicidio.

Resulta de gran interés indagar con mayor precisión en la prevención de este fenómeno en adolescentes. A continuación se desarrollará este aspecto.

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

La prevención del suicidio en adolescentes debe ir más allá del acto suicida en sí, su objetivo debe ser la atención de las diversas manifestaciones del comportamiento suicida (ideación, amenazas, gestos suicidas y/o tentativas de suicidio), lo cual debe efectuarse en el trascender de la vida cotidiana, buscando la detección más temprana posible del riesgo.

Frecuentemente el joven con riesgo suicida, da indicios verbales directos e indirectos de su intención mortal. En un estudio realizado por Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez (2006) detectaron que un 60% de los suicidas que lograron su propósito había consultado al médico el mes anterior al suceso; más de la mitad había comentado con alguien su deseo de morir, y un tercio del total había hecho una amenaza declarada de suicidio. Es por esto que se recomienda ser observador y estar entrenado en el reconocimiento temprano de la comunicación suicida, ya sea a través de afirmaciones verbales, como de cambios comportamentales (cambios notorios en el carácter retraimiento, apatía, insomnio; reiteradas referencias a la muerte y amenazas de suicidio).

Se podría pensar además, como un método efectivo para realizar prevención, observar y fortalecer los recursos personales con los que cuentan los adolescentes, ya que de ésta forma se pueden generar herramientas para enfrentar situaciones problemáticas que en ocasiones experimentan (como serían los problemas con la familia, con los amigos o consigo mismos). Se debe buscar reducir al máximo posible los factores de riesgo a la vez que se refuerzan los factores de protección, influyendo para esto, tanto en el estado psicológico como en el medio ambiente físico y/o las condiciones culturales de las que forman parte dichos sujetos.

Es importante destacar que tal como sugiere el estudio realizado por González, Ramos, Caballero y Wagner (2003), la autoestima funciona como factor protector de la depresión y/o ideación suicida, tanto para las mujeres como para los hombres. A su vez tiene estrecha relación con el ambiente familiar de los adolescentes, ya que aumenta su autoestima en la medida en que los jóvenes perciban afecto y reconocimiento de los padres o sus sustitutos, y puedan establecer lazos de comunicación basados en la aceptación de su hijo/a y orientación de sus inquietudes, acompañados de la observación de un auténtico interés por sus relaciones con los amigos, y el establecimiento de límites para regular sus salidas y promover su seguridad).

De ésta forma resultaría prioritario resaltar la importancia de la comunicación, la cooperación, el afecto y el respeto entre los miembros de la familia, como también disminuir los conflictos en el hogar, procurar ambientes familiares que puedan ser percibidos por los hijos como cálidos, armónicos y agradables, construir un sentimiento de unión y apoyo entre sus integrantes; y favorecer la expresión de ideas y emociones en el interior de la familia, propiciando que el hogar sea el principal espacio de seguridad, protección y diversión de cada uno de sus miembros.

A nivel social, se debería trabajar construyendo comunidades contenedoras, tendiendo a promover ambientes familiares, escolares y laborales flexibles y que hagan sentir aceptados y contenidos a sus integrantes.

OTRAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS

Identificar y dar tratamiento oportuno a las personas con cuadros depresivos, ansiosos o bipolares.

Brindar atención médica y psicológica lo más pronto posible a las personas que han intentado suicidarse y darle continuidad al tratamiento indicado.

Evitar el consumo de drogas, tabaco y alcohol.

Evitar el aislamiento o encierro de las personas dentro de su propia casa.

Forjar lazos cercanos con los jóvenes hablándoles y tratando de entenderlos y ayudarlos aliviando aflicción mental.

Promover que las relaciones afectivas se basen en el cuidado y respeto.

Practicar el autocuidado de las necesidades físicas y psicológicas.

Reconocer y respetar las diferencias de cada integrante de la familia para aumentar el sentido de autoestima y pertenencia.

Promover la construcción de un proyecto de vida propio que otorgue el sentido de utilidad y de realización individual y social.

Tener en cuenta la necesidad de un tratamiento farmacológico cuando la posibilidad de concretar el suicidio es inminente (Doggrell, 2005; citado en Gutiérrez-García et. al., 2006).

Capacitar a los maestros para reconocer los signos y síntomas de los correlatos de riesgo. Esto se facilita cuando se da una auténtica relación maestro-alumno basada en la confianza y el respeto, y por ello la importancia de sensibilizar al personal docente en su labor no sólo académica, sino también en su potencial como agentes promotores de salud y de prevención.

También es importante estar alerta ante estrategias disfuncionales: ya que una importante proporción de adolescentes que intentaron suicidarse han utilizado después de su intento suicida, destacan no haber pedido ayuda, ni dialogar con nadie sus problemas, sólo lamentarse y llorar en el silencio de la soledad. En estos casos es necesario mantener un estado de alerta y proporcionarles la atención médica y psicológica lo antes posible.

En definitiva podría decirse que la mayoría de los suicidios en los adolescentes pueden prevenirse, pero para ello es muy importante estar alerta y conocer las señales que podrían indicar el peligro.

A continuación se desarrollará el apartado metodológico del presente estudio, basado en los objetivos propuestos para el mismo.

METODOLOGÍA

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de orientación suicida y las actitudes hacia la vida y la muerte en una muestra de adolescentes de 17 a 18 años, de ambos sexos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

° Evaluar el nivel de riesgo suicida a través del Inventario de Orientación Suicida ISO-30 (King & Kowalchuk, 1994, adaptación de Casullo, 1997); de una muestra de 30 adolescentes de una escuela secundaria de San Carlos.

° Analizar las actitudes hacia la vida y la muerte, a través de la Escala Multiactitudinal de Tendencia Suicida MAST (adaptación de Casullo, 1997).

° Identificar los factores de riesgo y desarrollar estrategias preventivas en adolescentes en riesgo al suicidio.

TIPO DE ESTUDIO:

Éste será un estudio descriptivo, de diseño trasversal, no experimental con encuestas (León y Montero, 2008; Montero y León, 2007; Montero y León, 2002). Los instrumentos a utilizar para la recolección de datos serán: cuantitativos (ISO-30, y MAST) y cualitativos (taller de prevención), que se realizarán a una muestra intencional de adolescentes escolarizados del departamento de San Carlos.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

La muestra está compuesta por 30 estudiantes adolescentes de entre 17 y 18 años. Los mismos fueron elegidos de forma intencional, siendo alumnos regulares del último año de una escuela secundaria de San Carlos, con participación voluntaria, previa autorización de sus padres.

INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE EVALUACIÓN:**INVENTARIO DE ORIENTACION SUICIDA (ISO-30):**

Fue diseñada por King y Kowalchuk (1994) y adaptada para ser empleada en adolescentes de Buenos Aires, Argentina por Casullo en 1997.

El inventario ISO-30 evalúa la orientación del riesgo suicida del examinado. Fue diseñado considerando que los intentos suicidas se configuran a partir de un sistema de creencias que puede ser evaluado de forma sistemática. Se piensa que el riesgo suicida se conforma a partir de determinadas orientaciones vitales relacionadas con la presencia de sentimientos de infelicidad que progresivamente llevan al sujeto a percibir que el quitarse la vida es la única manera posible de desprenderse de la desesperación y el desánimo.

El desarrollo de una orientación suicida supone una progresión continua que transcurre por tres etapas: miedo, crisis y resolución.

Miedo: existen problemas que no se resuelven y frente a los cuales fallan las estrategias de afrontamiento y surgen sentimientos depresivos o actuaciones (acting out).

Crisis: el suicidio surge como una justificación de solución adecuada que intenta resolver sentimientos ambivalentes sobre la muerte.

Resolución: surge el plan suicida o se actúa impulsivamente.

El inventario es autoadministrable, se puede tomar de forma individual o colectiva y está compuesto por 30 ítems formulados en forma positiva y negativa que se responden según una escala Likert de cuatro opciones:

0: Totalmente en desacuerdo,

1: En parte en desacuerdo,

2: En parte de acuerdo,

3: Totalmente de acuerdo.

Once de los ítems se puntúan en forma inversa. Las respuestas numéricas se suman y se obtiene un puntaje bruto o directo que posibilita la obtención de un índice global de la Orientación Suicida. Las puntuaciones brutas totales tienen un valor mínimo de 0 y un máximo de 90.

Este instrumento posee dos vías para determinar el grado de riesgo suicida: la puntuación total, que se obtiene de la suma de las respuestas numéricas; Desde el punto de vista de la puntuación, un total de puntos inferior a 31 corresponde a un bajo riesgo suicida; una puntuación comprendida entre 31 y 44 denota la presencia de riesgo moderado. Un puntaje igual o superior a 45 indica la presencia de alto riesgo suicida. Sumado al hecho de que el entrevistado haya marcando tres o más ítems críticos (numerados como 5, 10, 15, 20, 25 y 30), dado que ellos evalúan la ideación suicida y son predictores por excelencia de la conducta suicida, así es como las respuestas a algunos de ellos debe ser analizada de manera especial, independientemente de la puntuación obtenida, la presencia de tres o más de estos elementos respondidos con 2 ó 3, puede implicar la existencia de riesgo elevado ya que indican que el sujeto ha estado pensando en la muerte y en el suicidio.

De esta forma permite clasificar al sujeto en tres categorías de riesgo que podrían caracterizarse de la siguiente forma:

° **Riesgo Bajo**: indica que el sujeto puede presentar una actitud afirmativa hacia la vida y no está orientados hacia el suicidio.

° **Riesgo Moderado**: indica que el adolescente manifiesta un nivel moderado de orientación suicida pero mínima ideación. Es posible que este viviendo una experiencia que le causa malestar, o pesimismo, dificultad para manejar eventos negativos.

Sus estrategias de afrontamiento resultan insuficientes para manejar situaciones de humillación, fracaso, pérdidas afectivas.

Su riesgo de suicidio es relativamente bajo. Sin embargo, es vulnerable a considerar el suicidio si se encuentra con eventos traumáticos o si se ven debilitados sus recursos internos y externos.

° **Riesgo Alto**: indica que el sujeto presenta niveles significativos de orientación e ideación suicida; puede estar en inminente riesgo de cometer suicidio y se necesita una intervención clínica psiquiátrica y psicológica lo antes posible.

Probablemente está experimentando un elevado monto de angustia y considera el suicidio como una opción.

Las personas con este nivel de riesgo a menudo tienen plan formulado sobre cómo cometer el suicidio y posiblemente los pensamientos de morir han persistido durante un período prolongado de tiempo.

Generalmente las personas con riesgo alto poseen perspectivas estrechas en la forma de ver la realidad, la capacidad de ver el panorama general es muy limitada o inexistente.

Pueden tener grandes dificultades para encontrar soluciones a sus problemas, o son incapaces de considerar alternativas, disminuyen las capacidades de concentración y de atención. por todo esto resulta imprescindible controlar los factores de riesgo tales como el acceso a un arma o a otro método letal, se requiere algún grado de supervisión y es muy importante el apoyo familiar.

Las cinco dimensiones del riesgo suicida que se evalúan en el ISO-30 son:

Desesperanza: ítems 2, 7, 12, 17, 22 y 27;

Baja autoestima: ítems 1, 6, 11, 16, 21, 26;

Incapacidad para afrontar emociones: 3, 8, 13, 18, 23 y 28);

Soledad y abatimiento: 4, 9, 14, 19, 24 y 29 e

Ideación suicida: 5, 10, 15, 20, 25 y 30, que corresponde a los mencionados ítemes críticos.

ESCALA MULTIACTITUDINAL DE TENDENCIA SUICIDA (MAST):

Ésta escala fue diseñada por Orbach, Milstein y Har-Even (1991) y adaptada por M. M. Casullo (1997), es un instrumento autoadministrable, que consta de 30 ítems de elección múltiple. Sostiene la hipótesis básica teórica que en todo comportamiento suicida actúan conflictos básicos relacionados con las pulsiones de vida y de muerte; existiendo cuatro tipos de conflictos básicos.

Las opciones de respuesta a los ítems son:

1: Muy en desacuerdo.

2: En desacuerdo.

3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

4: De acuerdo.

5: Muy de acuerdo.

La evaluación se realiza obteniendo un valor para cada una de las 4 actitudes; calculando un puntaje promedio de los valores otorgados por los sujetos a los ítems de cada una.

° “**Atracción por la vida**”: se relaciona con sentimientos de seguridad en las relaciones interpersonales, relaciones afectivas estables, autoestima, fortaleza yoica, etc. La mayoría de los ítems relacionados con esta actitud se centran alrededor de satisfacción de la vida.

Los ítems son: 2, 5, 6, 13,18, 25 y 28.

◦ “**Rechazo hacia la vida**”: se relaciona con experiencias de sufrimiento y dolor, problemas afectivos no resueltos, identificación con figuras parentales depresivo-suicidas, etc. La mayoría de los ítems relacionados con esta actitud tienen como tema principal el rechazo por o en la familia.

Los ítems son: 2, 9, 14, 15, 16, 21 y 30.

◦ “**Atracción por la muerte**”: implica la creencia en la muerte como un estado de existencia emocional superior a la vida donde todos los deseos se cumplen, fantasías sobre una vida diferente, describe la muerte como una forma de resolver problemas y como una mejor vida.

Los ítems son: 8, 17, 19, 22, 23, 26 y 27.

◦ “**Rechazo hacia la muerte**”: se relaciona con exagerados temores en función de percibir la muerte como aniquilación definitiva de la vida. Refleja una indiferencia hacia la autorrealización en el futuro.

Los ítems son: 3, 4, 7, 10, 11, 12, 20, 24 y 29.

De este modo, Orbach et. al. (1991; citado en Casullo, 1997) afirma que la experiencia fenomenológica del suicidio adolescente se caracteriza por poca satisfacción con la vida y por angustia de ser rechazado por su familia. Los adolescentes suicidas perciben la muerte como una solución a sus problemas en vida y al mismo tiempo son indiferentes hacia la aspiración de autorrealización. Parte de estas experiencias específicas han sido identificadas por otros estudios como factores cruciales en el comportamiento suicida.

También se ha informado que los adolescentes suicidas están perjudicados en su habilidad para obtener placer y satisfacción.

TALLER PREVENTIVO " EL VALOR DE LA VIDA "

El objetivo del taller fue propiciar de manera psicoeducativa un espacio de prevención del suicidio en adolescentes, en base a la apertura y reflexión sobre cómo es

experimentada la vida y la muerte por parte de los adolescentes, lo que permitió a su vez indagar sobre los factores de riesgo de suicidio a los que pueden estar expuestos y podrían ser evitados, mientras que se reconocían y fortalecían los factores protectores con los que cuentan.

Tuvo una duración de 6 horas divididas tres horas en cada curso, en donde se utilizó un folleto diseñado específicamente para este taller, que sirvió:

1. De disparador para evaluar los conocimientos que tenían relativos al suicidio;
2. Aportó información sobre los factores de riesgo más comunes, qué hacer y qué no hacer ante una situación de riesgo, factores protectores, como detectarlo y prevenirlo.
3. Favoreció la aclaración de mitos, y la formación de expresiones y opiniones sobre la solución eficaz de los conflictos y el inmenso valor de la vida.

PROCEDIMIENTO

Para comenzar el estudio, se llevó a cabo un primer contacto inicial con el personal directivo de una escuela secundaria del departamento de San Carlos, en el cual se explicó en detalle los objetivos, el procedimiento y el tipo de abordaje y alcance de dicho estudio.

Una vez que las autoridades de la institución lo permitieron se procedió a realizar un pedido de autorización a los padres de los alumnos de 5° año de escuela, previa presentación del estudio.

Luego de recibir las autorizaciones firmadas se realizó la administración del Inventario de Orientaciones Suicidas (ISO – 30) y de la Escala Multiactitudinal de Tendencias Suicidas (MAST) en forma colectiva en las aulas habituales de clases, durante el horario escolar a los alumnos que siendo autorizados por sus padres quisieran participar.

Finalizado el análisis de los resultados obtenidos, se pudieron detectar los casos presuntos de adolescentes en riesgo alto, moderado y bajo, lo cual sirvió de base para:

1. El diseño y puesta en marcha de los talleres sobre "El valor de la Vida", se llevaron a cabo de manera preventiva con la totalidad de la muestra estudiada.
2. Realizar entrevistas consultando a los directores, profesores, perceptores y celadores, a modo de interjueces sobre la observación de los alumnos con alto riesgo con el fin de confirmar o descartar el diagnóstico presuntivo, el cual no se informaba al entrevistado.
3. Efectuar la derivación a una atención psicoterapéutica o psiquiátrica (según correspondiera) de los adolescentes detectados con alto riesgo de suicidio.

Por último se llevó a cabo un Taller de abordaje preventivo, que se realizó en ambos cursos con la totalidad de los alumnos participantes, independientemente del riesgo detectado.

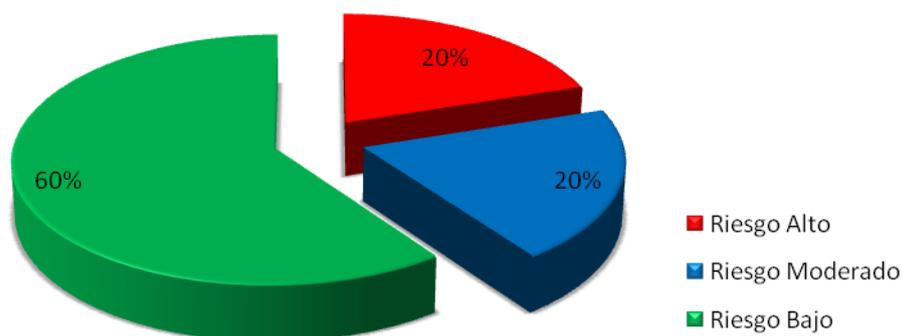
A continuación se presentan los resultados obtenidos en este estudio.

RESULTADOS

Evaluados los protocolos de la escala ISO – 30, en relación con la detección del riesgo mediante la puntuación total e ítems críticos (Ideación suicida), se obtuvieron los siguientes resultados: 6 alumnos puntuaron riesgo Alto de suicidio lo que equivale al 20% de la muestra; otros 6 riesgo moderado, que equivale a otro 20% y 18 alumnos respondieron con bajo riesgo, lo que representa al 60% de la muestra total.

FIGURA n° 1: Resultados Totales del Riesgo según ISO-30 n=30

Proporciones de Riesgo de Suicidio en la muestra total



Teniendo en cuenta los valores de estos grupos (riesgo alto, moderado y bajo), se presentan los resultados de los mismos en relación a la MAST:

El grupo de adolescentes con **Riesgo Alto** se encuentran **de acuerdo** en relación a la actitud de Atracción a la vida, **en desacuerdo** respecto al rechazo a la vida, a la atracción a la muerte y en rechazo a la muerte.

Así el grupo de alumnos con **Riesgo Moderado** se muestra **de acuerdo** en la actitud de atracción a la vida, **en desacuerdo** en rechazo a la vida, en atracción a la muerte y **ni de acuerdo ni en desacuerdo** respecto al rechazo a la muerte.

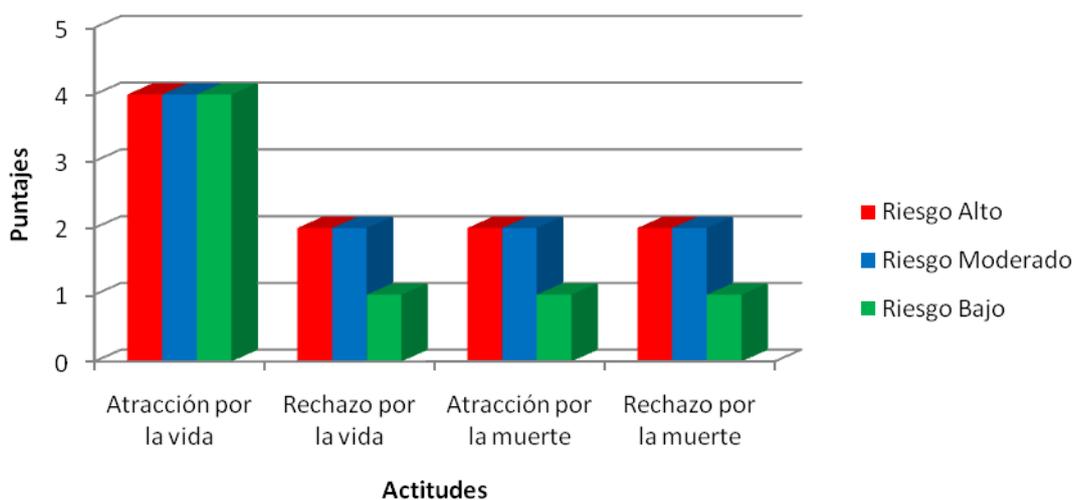
Los adolescentes con *Riesgo Bajo* también se expresaron *de acuerdo* en la actitud de atracción a la vida, *muy en desacuerdo* respecto al rechazo a la vida, a la atracción a la muerte y al rechazo a la muerte.

TABLA N° 1: Promedios respecto a las actitudes hacia la vida y hacia la muerte (MAST) n=30:

	<i>Atracción a la vida</i>	<i>Rechazo a la vida</i>	<i>Atracción a la muerte</i>	<i>Rechazo a la muerte</i>
Riesgo Alto	4	2	2	2
Riesgo Moderado	4	2	2	3
Riesgo Bajo	4	1	1	1

FIGURA N° 2: MAST y riesgo suicida. n=30

Valores de la MAST discriminados según el riesgo



Si bien se puede observar que no aparecen diferencias significativas en los puntajes obtenidos por medio de la MAST en el Riesgo alto y moderado; esto puede deberse a que en el grupo de Alto riesgo está más influenciado por variables que esta técnica no mide como lo es la Ideación suicida que fue medida y tomada en cuenta en el ISO-30.

El grupo de riesgo bajo posee menor tendencia a las actitudes en contra de la satisfacción de la vida. Es decir, están más atraídos por la vida y claramente en desacuerdo con rechazarla o ser atraídos por la muerte.

Combinando ambos criterios de evaluación, se verifica que respecto a las actitudes hacia la vida y hacia la muerte, encontramos que independientemente del nivel de riesgo detectado, la totalidad de la población estudiada posee actitudes relacionadas con la Atracción y la satisfacción de la vida, destacadas significativamente por encima de las demás actitudes estudiadas.

En relación al *taller preventivo*, se pudo realizar una evaluación cualitativa a partir de la cual se destacan los siguientes datos:

- ° A manera didáctica se comenzó indagando sobre la adolescencia, ¿qué piensan los adolescentes respecto a la vida? ¿qué es lo que más les gusta, qué cambios reconocen en cuanto a otras épocas de la vida? Luego se indagó sobre la muerte: ¿qué piensan sobre ella? ¿qué tipos conocen? así se llegó de forma sutil al tema del suicidio. Se pudo escuchar y abrir el tema sobre qué sabían y qué pensaban ellos respecto a esa forma de muerte, qué les provocaba entre otros temas.
- ° Se les entregó un folleto diseñado especialmente para este taller que sirvió de disparador para que se aclararan mitos relacionados al tema del suicidio y se dieran a conocer estrategias para detectar a personas con riesgo y poder prevenirlo (Ver Anexo 3 para apreciar dicho folleto).
- ° En el transcurso del taller, todos participaron expresando sus opiniones, algunos las iban formando en el momento.
- ° La interacción fue muy positiva ya que en determinados momentos 2 de los alumnos (detectados con riesgo alto), comentaron haber tenido experiencia en intento de suicidio,

lo que si bien resultó duro y triste de escuchar para sus compañeros, sirvió para que les dieran apoyo y contención, favoreciendo lazos de amistad y de apoyo. Se habló con el servicio de orientación de la escuela para la comunicación a los padres y la derivación a psicólogo o psiquiatra.

El taller resultó eficaz como estrategia psicoeducativa para entre otras cosas capacitar a los jóvenes no sólo en detectar a personas con posibilidad de cometer un intento suicida, sino también para prevenir el suicidio en su grupo de amigos, en su familia, difundiendo mayor conciencia e información adecuada en los distintos ambientes en los que se desarrollan, hogar, club, biblioteca, gimnasio, etc. De esta forma se fomenta la responsabilidad individual y social en el acontecer de éste fenómeno.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

El estudio realizado ha permitido detectar en ésta muestra del departamento de San Carlos un 20% de alumnos adolescentes escolarizados en situación de *riesgo alto* de suicidio. Éstos jóvenes presentan niveles significativos de Ideación suicida por lo que el riesgo se convierte en inminente, lo cual se relaciona con el estar en desacuerdo con el rechazo a la muerte. Es decir que si bien no presentan atracción a la muerte tampoco la rechazan. Esto puede convertirse en un factor de riesgo ya que implica una fuerte motivación contra la vida. Es decir que pueden no sentir ansiedad al pensar en la muerte. Esto puede relacionarse con lo que Piaget (1991) denominó como la adquisición del pensamiento abstracto propio en la adolescencia, del cual se genera un interés o atracción por la abstracción y la capacidad de pensar en posibilidades. Esto se condice con los planteos que manifestaban los jóvenes de éste grupo (riesgo alto) durante el taller; eventualmente se preguntaban sobre ¿cómo es la muerte? ¿Qué hay después de ella? ¿si representaría un alivio para algunas personas?.

Se encuentra coincidencia entre estos interrogantes con lo que la OMS (2001) presenta como procesos cognitivos esperables durante la adolescencia. El reflexionar ocasionalmente sobre la propia muerte, es parte natural de ésta edad al tratar de comprender el sentido de la vida y la muerte. Sin embargo indica riesgo alto el llevar a cabo estos pensamientos como una salida a sus dificultades. Lo cual se comprobó en tres de los adolescentes de riesgo alto durante el taller al expresar que tuvieron intentos de suicidio para poner fin a sus problemas.

Se encontró coincidencia con los estudios realizados por Lewinsohn, Roberts, Seele y Rhode (1994; citados en González, Ramos, Caballero y Wagner (2003) y Wichstrom (2000; citado en González, et. al., 2003); y Duarte, Bordin y Hoven (2002); Rich, Warsrad, Nemiroff, Fowler, & Young, (1991; citado en Hernández-Cervantes y Gómez-Maqueo, 2006); respecto a que éste antecedente de intento previo representa un factor de riesgo muy importante a tener en cuenta ya que puede predisponer a futuros intentos autodestructivos, por lo cual se informó al servicio de orientación de la escuela,

el cual se comunicó con los padres para ponerlos en conocimiento de la situación e indicarles la necesidad del apoyo y contención familiar a la vez que se realizaron las derivaciones correspondientes a la atención psicológica urgente.

Los mismos refirieron que sus malestares eran provenientes de sus relaciones familiares tensionadas, con poco dialogo o desintegradas, lo cual también incide negativamente como factor de riesgo, resaltado previamente por múltiples investigaciones con las que se concuerda (Valdés, Serrano, Rodríguez, Roizblatt y Florenzano, 1997; citado en Toro, Paniagua, González y Montoya, 2009; Guibert y Torres, 2001; citados en Toro, et. al. 2009; y en Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales, 2006; Barcelata, Durán & Lucio, 2004; citados en Pérez-Olmos, Rodríguez-Sandoval, Dussán-Buitrago y Ayala-Aguilera, 2007; Fergusson & Lynskey, 1995; citados en Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela, 2000; Mardomingo, 1992; citado en Venceslá y Moriana, 2002; Bhugra, Singh, Fellow-Smith, Bayliss, 2002; citado en Muñoz, et. al., 2006).

Como resultado de este estudio, se comparte con Casullo, Bonaldi y Fernández Liporace (2000), que el aislamiento social influye como factor de riesgo debido a que los adolescentes de alto riesgo manifestaron que generalmente preferían estar solos, e incluso buscaron no estar acompañados en los momentos en los que tuvieron el intento de suicidio. A su vez indicaron que poseían expectativas negativas sobre su futuro y cierta sensación de desesperanza para alcanzar sus sueños, aquí se presenta otra coincidencia con los estudios realizados por Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez (2006); Toro, et. al., (2009) y Larraguibel, et. al., (2000)

Otro factor de riesgo que apareció en el taller, referido por la totalidad de los adolescentes de la muestra, fue el consumo y los efectos del alcohol generalmente en los fines de semana y en reuniones festivas, ya que les genera cambios en sus comportamientos volviéndolos más desinhibidos y en ocasiones de riesgo para su vida o su salud. Éste indicador se condice con las postulaciones de Papalia, (2009) quienes reseñan que el alcohol es lo que los deja más vulnerables debido a que el cerebro de los adolescentes aun no ha finalizado su pleno desarrollo.

En éste punto vale aclarar que la tesis coincide, luego de realizado el estudio, con los planteos de García de Jalón y Peralto (2002); y Venceslá y Moriana (2002) en que a

mayor cantidad de factores de riesgo presentes en el desempeño de la vida de un adolescente, mayor será el riesgo de que realice un acto suicida.

Puede decirse, en líneas generales, que los adolescentes de esta muestra poseen actitudes de atracción a la vida independientemente del nivel de riesgo. Esto se relaciona con factores de protección presentes en los tres grupos (riesgo alto, moderado y bajo), tales como sentimientos de seguridad en las relaciones interpersonales, relaciones afectivas medianamente estables, autoestima, y cierto nivel básico de fortaleza yoica o recursos internos para superar sus dificultades, buscando alternativas a los problemas.

Cabe resaltar la diferencia fundamental entre el grupo de riesgo alto y moderado; con el grupo de riesgo bajo en que, éste último presenta actitudes de *Muy en Desacuerdo* con el rechazo a la vida y con la atracción a la muerte. Estos resultados representan fundamentalmente factores protectores importantes, que los protegen del suicidio. Los mismos incluyen factores protectores de dimensiones externas, que se desprenden de por ejemplo relaciones positivas con su familia, entusiasmo en la escuela, amistades duraderas; a los que hicieron referencias reiteradas durante el desarrollo del taller (y luego de que los de riesgo alto comentaron sus experiencias, tratando de darles apoyo y contención), y dimensiones internas como actitudes de amistad, valores, estilos de comunicación eficaces y habilidades personales. En esto se está de acuerdo con McKeown, Garrison, Cuffe, Waller, Jackson & Addy, (1998; citados en Larraguibel, et. al., 2000) quienes proponen que la cohesión familiar aumenta las conductas saludables, en detrimento de aquellas que ponen en riesgo la vida.

De manera general los factores protectores que se detectaron en esta muestra fueron:

- Búsqueda de ayuda o de apoyo ante dificultades,
- La posibilidad de contar con buenas relaciones familiares y de amistades.
- Poseer habilidades sociales, diálogo asertivo, autoconfianza, y resolución eficaz de los problemas,
- Pensamiento reflexivo,
- Sentirse queridos, reconocidos y respetados,
- Lograr sus propias metas.
- Disfrutar de actividades sociales de expresión.

CONCLUSIONES

Se considera que los resultados obtenidos reflejan parte de este fenómeno alarmante mundialmente, por lo que se cree propicio abordarlo desde una modalidad básicamente preventiva, en interacción conjunta entre los propios adolescentes, sus padres y los docentes; quienes deberían ser capacitados sobre el tema, dado que la familia y la escuela son ambientes más indicados para detectar precozmente la ideación y el comportamiento suicida; y para la puesta en práctica de las acciones preventivas.

Sin embargo no debe dejar de tenerse en cuenta la necesidad de profundizar este estudio con el fin de evaluar la influencia de otras variables en la aparición del riesgo como lo son las pautas de crianza, los estilos de vida y de familias, ser hijo único o de tener hermanos, circuitos comunicativos, la posibilidad de dialogar y de plantear inquietudes, de discutir decisiones o aún de poner en palabras estados de ánimo y afectos, entre otras.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Arias, M., Marcos, F, Martín, M., Arias, G. y Deronceré, T. (2008). Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *MEDISAN*, 13(1). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192009000100005&script=sci_arttext
- Asociación Argentina de Prevención del Suicidio AAPS. (2003). *Definición de suicidio*. Disponible en: <http://www.suicidologia.org.ar/?carlos-martinez,1>
- Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio. (2011). *XXVI World Congress*. China: Beijing. Recuperado de: http://www.iasp.info/es/con_respecto.php
- Berger, C. (2004). Subjetividad Adolescente: Tendiendo Puentes Entre la Oferta y Demanda de Apoyo Psicosocial Para Jóvenes. *PSYKHE* 13(2), 143-157. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000200011&script=sci_arttext
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Calvillo, L., Negro, L., Venesio, S. y Paz, A. (2011). Perfil Epidemiológico del suicidio en Argentina, Algunas Aproximaciones. *Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación*. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/3-perfil-epidemiologico-del-suicidio>
- Casullo, M. M. (1997). Riesgo suicida en estudiantes universitarios. Epidemiología y prevención. *Desarrollos en Psiquiatría Argentina*, 2(3), 33-38.
- Casullo, M. M. (1998). *Adolescentes en Riesgo*. Buenos Aires: Paidós.

- Casullo, M. M. (2005). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *Anuario de investigaciones*. 12(1), 173-182. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862005000100017&script=sci_arttext
- Casullo, M. M., Bonaldi, P. y Fernández Liporace, M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Buenos Aires: Lugar.
- Casullo, M. M. y Fernández Liporace, M. (1997). Investigación sobre riesgo suicida en adolescentes: Prácticas psicológicas en la escuela. *Investigaciones en Psicología*, 2(2), 33-41. Recuperado de: <http://www.psi.uba.ar/investigaciones.php?var=investigaciones/revistas/investigaciones/indice/resumen.php&id=259&anio=2&vol=2>
- Casullo, M. M. y Fernández Liporace, M. (2007). Estudiantes adolescentes argentinos en riesgo suicida: una investigación comparativa. *Ciencias Psicológicas* 1(1) 37-45. Recuperado de : <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpsi/v1n1/v1n1a05.pdf>
- Casullo, M. M., Fernández Liporace, M. y Contini de González, N. (2005). Estudio comparativo sobre adolescentes en riesgo suicida. *Investigaciones en Psicología*, 10(3), 21 - 36. Recuperado de: http://www.suicidologia.org.ar/files/estudio_comparativo_riesgo_suicida_adolescentes_-_casullo.pdf
- *CIE-10 Clasificación Internacional de las Enfermedades*. (2010). Ginebra: Editorial Médica Panamericana.
- Cortés, A., Aguilar, J., Medina, R., Toledo, J. L., y Echemendía, B. (2010). Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la Provincia Sancti Spíritus. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 48(1), 15-23. Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000100003
- Chávez-Hernández, A. M., Medina, M. C. y Macías-García, L. F. (mayo- junio, 2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud Mental*

31(3), 197-203. Recuperado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252008000300005&script=sci_arttext

- Duarte, C., Bordin, I. y Hoven, C. (2002). Conductas suicidas en jóvenes brasileños; análisis exploratorio de prevalencia y factores de riesgo. *Psiquiatría y salud integral*, 4(2), 32-37. Recuperado de:
http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000071&pid=S0124-0064200700020000700005&lng=en
- Durkheim, E. (1897). *Le Suicide*, 25. Paris: Ediciones Félix Alcan. Recuperado de:
<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6128145d/f1.planchecontact>
- Farberow, N. L. (1980). *The Many Faces of Suicide*. New York: McGraw Hill.
- Fernández Liporace, M. y Casullo, M. M. (2006). Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 21(1), 9–22. Recuperado de:
http://www.aidep.org/03_ridep/R21/R211
- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. Buenos Aires: Amorrortu
- García de Jalón E. y Peralta V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*; 25(3). Recuperado de:
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple7a.html>
- García, F., R. (junio, 2003). El suicidio adolescente: un análisis de las variables predictoras. *Psiquiatría.com (Revista internacional on-line)*, 1(7). Recuperado de:
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/view/358>
- González, C., Ramos, L., Caballero, M. y Wagner, F. (2003) Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/1102.pdf>

- Grupo de estudio sobre "Programación para la salud de los adolescentes. (noviembre, 1995). Actividades a favor de la salud de los adolescentes. *Organización Mundial de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_FRH_ADH_97.9_spa.pdf
- Gutiérrez-García, A. G., Contreras, C. M. y Orozco-Rodríguez, R. C. (septiembre-octubre 2006). El Suicidio conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5), 66-74. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2006/sam065i>
- Haquin, C., Larraguibel, M. y Cabezas J. (octubre, 2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista Chilena de Pediatría*, 75(5), 425-433. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062004000500003&script=sci_arttext
- Hernández-Cervantes, Q. y Gómez-Maqueo, E. (2006, junio). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 45-52. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2430/243020646006>
- King, J. D. & Kowalchuk, B. (1994). *ISO – 30. Adolescent Inventory of Suicide Orientation – 30*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Krauskopf, D. (enero, 2000). Participación social y desarrollo en la Adolescencia. *Fondo de Población de las Naciones Unidas*. 2a. ed. San José, Costa Rica. 1-28
Recuperado de: http://extranet.injuv.gob.cl/cedoc/Coleccion%20Coor%20Intersectorial%202000-2005/Documentos/Documento_%20Participacion_Social_D.%20krausKopf_2000.pdf
- Lara Alberca, J. M. (1996). Adolescencia: cambios físicos y cognitivos. Ensayos. *Revista de Estudios de la Escuela Universitaria de Magisterio de Albacete*.

11(9), 121-128. Recuperado de http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista11/11_9.pdf

- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. y Valenzuela R. (mayo, 2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 71(3). doi:10.4067/S0370-4106200000300002
- León, O.G. y Montero, I. (2008). *Métodos de investigación en Psicología y Educación* (4ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Loreto Martínez Guzmán, M. (2007). Mirando al Futuro: Desafíos y Oportunidades Para el Desarrollo de los Adolescentes en Chile. *PSYKHE* , 16(1), 3-14. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v16n1/art01>
- Monge, J., Cubillas, M., Román, R. y Valdez, E. (enero-junio, 2007). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud*, 17(1), 45-51. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29117105>
- Montero, I. y León, O. G. (febrero- marzo de 2002). Clasificación y descripción de las metodologías de la investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2(3), 503-508. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33720308.pdf>
- Montero, I. y León, O. G. (2007). Guía para nombrar los estudios en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862. Recuperado de: http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07_es.pdf
- Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N. y Perales, A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 23(4), 239-246. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a02v23n4>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Prevención del suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Trastornos Mentales y Cerebrales

Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra. Recuperado de:
http://www.suicidologia.org.ar/files/oms/oms_-_prev._del_suicidio_para_docentes.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Guías para el Diseño, Implementación y Evaluación de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones*. Ginebra. Recuperado de:
<http://ujed.mx/ovsyg/documentos/Sistemas%20de%20vigilancia.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2004a). *El suicidio: un problema público enorme y sin embargo prevenible*. Washinton, D.C.: Autor. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pro61/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2004b). *Guías para el Diseño, Implementación y Evaluación de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones*. Ginebra. Recuperado de:
<http://ujed.mx/ovsyg/documentos/Sistemas%20de%20vigilancia.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *10 de Setiembre día mundial de Prevención del Suicidio*. Recuperado de:
http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/es/index.html
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Salud de los Adolescentes. Temas de Salud*. Recuperado de: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
- Paniagua Repetto, H., y García Calatayud, S. (2003). Signos de alerta de trastornos alimentarios, depresivos, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Cantabria. *Revista Española de Salud Pública*, 77(1), 411-422. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/170/17077311.pdf>
- Papalia, D. E. (2009). *Desarrollo físico y Salud en la Adolescencia*. En Papalia, D. E., Olds, S.W. y Feldman, R. D, *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. Undécima edición. (458-485). México: McGraw Hill.

- Páramo, M. A. (2012). *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición traducida de la sexta en inglés*. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza.
- Pérez-Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E., De Castro, F., Leyva-López, A. y Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública Mex*, 52(1), 324-333. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342010000400008&script=sci_arttext
- Pérez-Olmos, I., Ibáñez-Pinilla, M., Reyes-Figueroa, J., Atuesta-Fajardo, J. y Suárez-Díaz, M. (julio 2008). Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. *Revista de Salud Pública*, 10(3), 374-385. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n3/v10n3a02>
- Pérez-Olmos, I., Rodríguez-Sandoval, E., Dussán-Buitrago, M. M., y Ayala-Aguilera, J. P. (2007). Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. *Revista Salud Pública*, 9(2), 230-240. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n2/v9n2a07>
- Piaget, J. (1991). Capítulo IV La Adolescencia. En Piaget, J., *Seis estudios de psicología*, (82-96). Barcelona: Labor.
- Pineda Pérez, S., y Aliño Santiago, M., (1999). *Capítulo I: El concepto de la adolescencia*. En Ministerio de Salud Pública de Cuba, Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia. (15-23). La Habana. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf
- Rocamora Bonilla, A. (1992) *El hombre contra sí mismo*. Madrid: Ed. Asetes.

- Sánchez, R., Cáceres, H. y Gómez, D. (diciembre, 2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica*, 22 (2), 407-416. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/843/84309609>
- Toro, D., Paniagua, R., González, C. y Montoya, B. (septiembre-diciembre, 2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(3), 302-308. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/120/12016344007>
- Una breve crónica sobre el suicidio en la Argentina [versión electrónica]. (10 de setiembre, 2007). *Infobae.com*. Recuperado de <http://www.infobae.com/contenidos/336721-100841-0-Una-breve-cr%C3%B3nica-el-suicidio-la-Argentina>
- UNICEF. (2003). *Globalización e infancia. Temas de políticas públicas*. Recuperado de: [http://www.unicef.org/lac/Globalizacion_e_infancia\(11\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Globalizacion_e_infancia(11).pdf)
- UNICEF. (Febrero, 2011). *Capítulo 1: La nueva generación*. En Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia: Una época de oportunidades. (1-8). EE.UU. Recuperado de: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/>
- Venceslá J. y Moriana J., (2002). Conducta autolítica y parasuicida. Características sociodemográficas en población infantojuvenil de ámbito rural. *Revista Asociación Española Neuropsiquiátrica* 84(21), 49-64. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n84/n84a04.pdf>

APENDICES:

1) NOTA DE AUTORIZACIÓN A AUTORIDADES Y PADRES

Mendoza, 10 de Abril de 2012

Sra.
Directora de la Escuela
.....

Como alumna tesinista de la Licenciatura en Psicología de la Universidad del Aconcagua, Legajo 24538 me dirijo a usted con el fin de solicitar su colaboración.

Me encuentro realizando una investigación acerca de los Factores de Riesgo Suicida en Adolescentes. A tal fin, debo administrar el "Inventario de Orientación Suicida ISO-30, y la Escala Multiactitudinal de Tendencia Suicida" a alumnos cuya edad ronde entre los 15 y 18 años, previa autorización correspondiente de los padres.

También le solicito que la administración del cuestionario se pueda realizar en las mismas instalaciones del colegio, en horario académico, para comodidad de los alumnos. La misma será por única vez un día acordado con cada curso y tendrá una duración aproximada de una hora.

Los datos obtenidos a partir de estos cuestionarios se utilizarán únicamente con fines de investigación científica, para la tesina de licenciatura de la investigadora. Es por esto queda garantizada absolutamente la confidencialidad y anonimato de los mismos, es decir que no figurarán datos personales. Se espera realizar un aporte, desde la Psicología de la Salud, a los directivos, profesores, padres y alumnos de esta institución educativa, con fines preventivos.

Y al finalizar la misma se realizará una devolución de los resultados obtenidos tanto a la institución como a los alumnos participantes.

Esta investigación cuenta con la autorización y el respaldo de la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua y de mi directora de tesina, la Dra. María de los Ángeles Páramo, quien firma el aval a continuación.

Desde ya muy agradecida, esperando una respuesta favorable, le saluda atentamente:

.....
Dra. María de los Ángeles Páramo
Directora de Tesina
Matrícula 1136

.....
Gisela Arruti
Alumna tesinista
Legajo. 24538

Mendoza, 2 de Mayo de 2012

Señores Padres:

Su hijo/a..... será invitado/a a participar voluntariamente en una investigación realizada por Gisela Arruti, tesinista de de Psicología de del Aconcagua, quien estará dirigida por de los Ángeles Páramo.

Dicho estudio, tiene como objetivo principal conocer las opiniones de los adolescentes hacia la vida y la muerte. Se espera realizar un aporte a los directivos, profesores, padres y alumnos de esta institución educativa, con fines preventivos.

Por tal motivo, los estudiantes participarán volcando sus opiniones en unos cuestionarios **confidenciales**. La administración de dichos cuestionarios se realizará en las instalaciones del colegio, el día.... de.... del corriente año, a las..... horas. Su duración será aproximadamente de una hora.

Por favor, indique con una cruz dentro del paréntesis su aceptación o negativa en cuanto a la participación de su hijo/a y firme a continuación.

Muchas gracias.

Sí, estoy de acuerdo a que mi hijo/a participe en la investigación ()

No estoy de acuerdo a que mi hijo/a participe en la investigación ()

Firma

2) TECNICAS: ISO-30 Y MASTISO-30Instrucciones:

El propósito de este cuestionario es poder tener una idea aproximada de cómo ves ciertas áreas importantes de tu vida. Pensá cómo te sentiste estos últimos 6 meses y trata de contestar con la mayor sinceridad. Las opciones de respuestas para cada frase son:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En parte en desacuerdo
3. En parte de acuerdo
4. Totalmente de acuerdo

		Totalmente en DESACUERDO	En parte en DESACUERDO	En parte de ACUERDO	Totalmente de ACUERDO
1	Yo debo ser un soñador/a, ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan				
2	Hay muchas posibilidades para mí de ser feliz en el futuro.				
3	Generalmente pienso que aún los peores sentimientos desaparecerán.				
4	Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí.				
5	Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto				
6	Mientras creía me hicieron creer que la vida podría ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto.				
7	Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí.				
8	Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo				
9	Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor.				
10	Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la vida				
11	Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.				
12	Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.				

13	Aún cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzarme a mí mismo a pensar claramente, si lo necesito.				
14	Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.				
15	Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución.				
16	Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto				
17	Aún cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar.				
18	Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos.				
19	Siento como que no pertenezco a ningún lado				
20	Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas.				
21	Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad				
22	Siento que tengo control sobre mi vida.				
23	Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo				
24	Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer.				
25	Para no sentirse mal o solo/a, pienso que la solución es morirse.				
26	Nadie me amaría si realmente me conociese bien				
27	Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.				
28	Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme).				
29	Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar				
30	Si mis cosas empeorasen, creo que me mataría.				

MAST

Instrucciones:

El propósito de este cuestionario es conocer tus opiniones y sentimientos acerca de la vida y de la muerte.

Lee detenidamente cada uno de los siguientes ítems y trata de responder lo más sinceramente posible. No hay respuestas correctas o incorrectas. Ante cada una de las frases tenés 5 opciones posibles:

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

		OPCIONES
1	Siento que en términos generales, soy una persona feliz	
2	La vida es una lucha permanente, larga y difícil	
3	Me da miedo pensar que de la muerte no se vuelve	
4	Tengo miedo a la muerte porque mi vida se va a detener para siempre	
5	A pesar de los momentos difíciles, vale la pena vivir	
6	La gente que me rodea me hace sentir bien	
7	Tengo miedo de morirme porque desapareceré como persona	
8	Si me muero, voy a poder reencontrarme con personas que murieron antes que yo	
9	Aunque tenga problemas serios prefiero no pedir ayuda	
10	Pensar en la muerte me da escalofríos	
11	Le temo a la muerte porque mi cuerpo desaparecerá	
12	Me da miedo la muerte porque significa dejar de pensar y de sentir	
13	Creo que puedo llegar a ser una persona relativamente exitosa en el futuro	
14	Soy poco importante para mi familia	
15	A veces siento que mi familia se sentiría mejor si yo no existiera	

16	Algunas veces creo que mis problemas no tienen solución	
17	La muerte puede cambiar y mejorar las cosas	
18	Me gusta hacer muchas cosas	
19	Con la muerte llega la vida eterna	
20	Me aterra pensar que algún día voy a morirme	
21	Me desagrada estar con mi familia	
22	Hay ciertos problemas que sólo los soluciona la muerte	
23	Creo que la muerte trae alivio a los sufrimientos de la gente	
24	Me da miedo morirme porque todos mis proyectos se acabarán	
25	Soy una persona con ilusiones y esperanzas	
26	Algunas veces es preferible estar muerto a seguir viviendo	
27	La muerte puede ser un estado de paz y tranquilidad	
28	En general, la paso bien y disfruto de la vida	
29	Nada me asusta más que pensar en morirme	
30	Nadie me quiere de verdad	

3) **Folleto utilizado para el taller**

4) **INFORME PSICOLÓGICO ENTREGADO A LA ESCUELA**

Informe Psicológico (Confidencial)

Escuela:.....

Año: 2012

Tesinista: Arruti Gisela

Directora de tesis: Dra. Páramo María de los Ángeles

Universidad del Aconcagua

- Objetivo General: Identificar los factores de riesgo (ideación, planeamiento y comportamiento) que inciden en el suicidio en adolescentes.

PROCEDIMIENTO DE TRABAJO:

Primera etapa:

Administración de técnicas a alumnos de 3° año 1° y 2° división, previa autorización de los padres, tutores o adultos responsables de los mismos, siendo informados que se trataba de una investigación para un proyecto de tesina de la carrera de psicología, sobre las opiniones de los adolescentes hacia la vida y la muerte. Quedaron sin ser evaluados aquellos alumnos que no fueron autorizados o que faltaron el día de la administración de las técnicas.

Instrumentos utilizados:

- ISO-30 Inventario de Orientación Suicida, diseñado por King y Kowalchuk (1994) y adaptada en la UBA por Casullo (1997) para ser empleada en adolescentes de Argentina. Éste cuestionario evalúa la orientación suicida del examinado para detectar la presencia de riesgo suicida bajo, moderado o alto, indagando la presencia de factores de riesgo vinculados a ideación y comportamientos suicidas (relacionados con las dimensiones de desesperanza, baja autoestima, incapacidad para afrontar emociones, soledad, abatimiento, aislamiento y deterioro en los vínculos sociales).
- MAST Escala Multiactitudinal de Tendencia Suicida, esta escala autoadministrable, desarrollada por Orbach y Milstein (1991) y adaptada por Casullo en 1997. Esta escala evalúa actitudes de atracción por la vida, rechazo por la vida, atracción por la muerte, rechazo por la muerte. La evaluación se realiza obteniendo un valor para cada una de las 4 dimensiones posibles.

Segunda etapa:

Análisis de los resultados obtenidos para detectar los posibles casos de adolescentes en riesgo alto, medio y bajo. Y las actitudes hacia la vida y hacia la muerte más predominantes en los mismos.

Realización de un taller preventivo acerca de “El valor de defender la vida” con los alumnos, con vistas a desarrollar habilidades para enfrentar conflictos personales, intrafamiliares, la depresión y la baja autoestima, poder detectar a personas en riesgo y prevenir el suicidio en las mismas.

Comunicación de los resultados obtenidos a las autoridades de la escuela para su posterior derivación de los casos de alto riesgo al servicio de orientación y eventualmente a un centro de salud para solicitar atención psicológica, luego de una citación a los padres para comunicarles la vulnerabilidad en la que se encuentran sus hijos.

RESULTADOS OBTENIDOS:

Luego de haber administrado las técnicas antes mencionadas se detectaron a seis (6) adolescentes con riesgo alto, cuatro (4) con riesgo moderado y veinte (20) con riesgo bajo.

Riesgo alto: indica que el/la adolescente debe recibir atención clínica, ya que es posible que haya pensado en un plan, posee escasas posibilidades de concentración y de atención, pobres habilidades para resolver problemas, un estilo cognitivo rígido y dificultad para plantear propuestas alternativas ante un problema.

Riesgo Moderado: indica que el/la adolescente puede estar viviendo una experiencia que causa malestar, puede sufrir pesimismo ocasionalmente, dificultad para manejar eventos negativos, sus estrategias de afrontamiento resultan insuficientes para manejar situaciones de humillación, fracaso, pérdidas afectivas, y generalmente cuentan con pocas redes de apoyo y contención emocional o dificultad para acceder a ellas, además de falta de confianza en las propias habilidades.

RECOMENDACIONES:

Dado que estos alumnos mencionados son adolescentes se deben tener en cuenta que los resultados obtenidos pueden estar fuertemente influenciados por las características generales de ésta etapa de la vida.

En la adolescencia, el sujeto ha adquirido habilidades que lo capacitan para las operaciones formales de pensamiento, es decir que el adolescente puede analizar posibilidades, no sólo realidades concretas, y por ello, elaborar complejos sistemas de razonamiento, esto lo utiliza para reconstruir el universo de su infancia. Es común que se manejan con absolutismos, como si todo fuera malo o todo fuera bueno, por eso morirse es una metáfora muy frecuentemente utilizada en

situaciones transicionales; en el lenguaje cotidiano aluden a ello tanto para referirse a sensaciones afectivas intensas (me muero de ganas) como de soledad y frustración (me muero de aburrimiento). También en esta etapa se produce la reconstrucción de la identidad, el adolescente, incorpora las posibilidades de fracasos, pérdidas, catástrofes y muertes.

Es por esto que se sugiere que una vez efectuada la localización de los casos en posible riesgo, se complementen los resultados obtenidos con una entrevista focalizada a cargo de los profesionales del servicio de orientación de la escuela destinada a confirmar o descartar el diagnóstico preliminar. Y en el caso de considerarlo necesario, que éste servicio comunique a los padres y derive a los adolescentes con vulnerabilidad psicológica a un centro de salud u hospital para su atención.

.....
Tesinista ARRUTI, Gisela

.....
Directora de tesis

PÁRAMO, María de los Ángeles