



UNIVERSIDAD LATINA S.C

3344-25

**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL
RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

PAOLA TREJO TORRES

ASESOR:

LIC. ALMA LUZ GARCÍA VEGA

MÉXICO, D.F. MAYO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

La presente tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañándome en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

Agradezco a mi asesora de tesis la Psic. Alma Luz García Vega por haber confiado en mi persona, por la paciencia y dirección de este trabajo. A el Psic. Said Jiménez por los consejos y el apoyo que me brindó. Y, por último, pero no menos importante, a la Psic. Liliana Mey Len Rivera Fong por el impulso que me dio en su materia para la elaboración del tema de Tesis y la encuesta de los factores psicosociales de riesgo. Realmente me encuentro profundamente agradecida con ellos por la dirección que me dieron para realizar mi Tesis. Expreso en estas líneas mi más profunda admiración hacia su persona y profesión.

También quiero agradecer a mi familia por ser mi principal apoyo y motivación. Gracias Ale y Juan porque con su presencia en mi vida han contribuido a lo que hoy soy. A veces me miro y descubro en mí cosas que veo en ustedes, y por eso les doy las gracias porque en mucho tienen que ver con mis gustos, intereses y motivaciones. Los amo hermanos.

Mi principal agradecimiento es a ustedes, Carlos y Delma, porque con su apoyo, sus consejos, su guía, su ejemplo y sacrificios, hoy estamos consiguiendo este

triunfo, los amo papis. Gracias por creer en mí, por no dejarme sola. Gracias
“pequeña gran familia”, mis logros son suyos también.

DEDICATORIA

Este trabajo es para ustedes, mi “pequeña gran familia”.

Para ti papá por el sacrificio que hacías para conseguir que terminara mis estudios, por motivarme, por ser mi ejemplo de vida y por ser mi padre, te amo gordito.

Para ti mamá por ser eso, mi madre, mi confidente, mi amiga, mi ejemplo a seguir. Este trabajo es para ti mami, gracias por tu apoyo, por estar siempre que te necesito y darme consejos y ánimo para continuar mi vida. Te amo mamita.

Para ti Ale, por ser mi hermana, por ser un gran ejemplo de dedicación y esfuerzo al estudio, por soportar sacrificios para que yo continuara con mis estudios, por nunca dejarme sola, por levantarme cada vez que caigo. Te amo Ale.

Para ti Juansho, por ser mi gran confidente, por nunca dejarme sola, por tu apoyo, por ser ese ejemplo de vida que cuando alguien quiere conseguir algo, con un poco de esfuerzo se consigue. Te amo hermano.

Para ustedes con mucho amor.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Capítulo I: Adolescencia.....	6
1.1 Definición	6
1.2 Comportamiento:	13
1.3 Seguridad:.....	14
Capítulo II: Suicidio	17
2.1 Definición de la OMS (1969):.....	17
2.2 Propuesta de diversos autores:.....	18
2.3 Definición de la OPS:.....	19
2.4 Etiología:	23
2.4.1 Etiología Biológica:.....	23
2.4.2 Etiología genética:.....	24
2.4.3 Etiología psicológica:	25
2.4.4 Etiología sociológica:	25
2.5 Panorama de los suicidios en México	27
2.5.1 Tasa de suicidio por entidad federativa:.....	27
2.6 El Suicidio en Adolescentes:.....	27
2.6.1 Tasa de suicidios en adolescentes de 15 a 19 años por entidad federativa 2011:.....	28
Capítulo III: Factores de Riesgo Suicida en Adolescentes.....	30
3.1 Factores de riesgo:.....	30
3.2 Factores psicosociales de riesgo en la adolescencia:.....	31
3.3 Factores de riesgo suicida en la adolescencia:	35
3.4 Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes:	37
3.4.1 Adolescentes potencialmente suicidas:.....	38
Capítulo IV: Metodología.....	41
4.1 Pregunta de investigación:.....	41
4.2 Objetivos:	41
4.3 Justificación:	41
4.4 Hipótesis:	42

4.5 Participantes.....	43
4.6 Diseño:	43
4.7 Análisis estadístico:.....	43
4.8 Instrumentos:.....	43
Capítulo V: Análisis de Resultados	55
Discusión	71
Conclusiones.....	73
Referencias	75
Anexos	84
I. Escala de Riesgo suicida de Plutchilk	84
II. INVENTARIO DE BECK, BDI	85
III. INVENTARIO DE BECK, BAI	90
IV. FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO	93

Introducción

Hablar sobre suicidio en la adolescencia resulta difícil por varias razones; porque se considera un tema trágico, un tabú que preferimos no mencionar, por temor a que se incremente el riesgo en adolescentes que intenten quitarse la vida, por considerar que el suicidio no es tan frecuente en estas edades, pues es una etapa de la vida con muchas potencialidades para desarrollar una existencia creativa y creer que cuando ocurre, puede ser un acto impulsivo, no bien pensado y por considerar que es una tarea exclusiva de psiquiatras, psicólogos y médicos, en el que no pueden intervenir otros sectores de la población.

Alrededor del mundo el fenómeno del suicidio ha llegado a convertirse en uno de los más trágicos problemas de salud pública internacional presentándose cifras de casi un millón de muertes al año por esta razón y provocando a su vez casi la mitad de todas las muertes violentas a nivel mundial, teniendo mayores cifras de muertes que las sufridas por homicidios o cualquier conflicto armado de la actualidad, estos datos fueron presentados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe Mundial sobre la violencia y la salud del año 2001. Según estadísticas también recopiladas por la OMS el suicidio es la decimotercera causa principal de muerte a nivel mundial y representando una tasa mundial de mortalidad anual de 14.5 por 100 mil habitantes lo que equivale a un suicidio cada 45 segundos (Sánchez, 2005).

Las estimaciones indican que en el año 2020 las muertes por suicidio podrían ascender a 1.5 millones anuales (OMS, 2004), lo que conlleva a la afectación emocional, económica y social de miles de personas relacionadas con el suicida, entre familiares y amigos, que son sobrevivientes de este fenómeno social. Lo anterior sin mencionar que las estadísticas hablan de que por cada muerte por suicidio se realizan de 10 a 20 intentos de autoeliminación (OPS, 2005) llegando a sumar cifras verdaderamente exorbitantes de seres humanos que optan día a día por autoagredirse con el fin último de morir y escapar de un dolor que les es insoportable ya sea a nivel físico o psicológico.

El suicidio se ha convertido en un problema de salud pública en México, de acuerdo con las estadísticas de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI, 2011), en el país se registraron 5 mil 718 suicidios, de los cuales 80.8% fueron consumados por hombres y 19.2% correspondió a mujeres, lo que significa que ocurren cuatro suicidios de hombres por cada suicidio de una mujer. Por tanto, en lo que se refiere a su evolución, es posible advertir que la tasa de suicidios presenta una tendencia creciente, pues de 1990 a 2011, para la población en general, la tasa se duplicó al pasar de 2.2 a 4.9 suicidios por cada 100 mil habitantes. Por sexo, en 2011 la tasa de mortalidad de esta causa fue de 8.2 por cada 100 mil hombres, y de 1.9 por cada 100 mil mujeres. El suicidio en los adolescentes de 15 a 19 años, figura como la tercera causa de muerte. De los hombres adolescentes que cometieron suicidio

11.8% se encontraban en unión libre, en las mujeres esta condición se presenta en 12.7 por ciento.

La mortalidad por suicidio entre los adolescentes y jóvenes está incrementándose, particularmente en los varones, por lo que se hace urgente su prevención eficaz. Para lograrlo es necesaria la promoción de salud, la protección específica de los grupos de riesgo, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y adecuado de aquellas afecciones que lleven al suicidio y al intento de autodestrucción en cualquiera de sus variantes (Pascual, 2005).

El suicidio en la adolescencia es una trágica realidad, ocupa un lugar entre las tres primeras causas de muerte en la mayoría de los países y sólo le supera otro tipo de muerte violenta: los accidentes en vehículos de motor y lo más grave es la tendencia a incrementarse según los estimados de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001).

Proporcionar a los adolescentes literatura científica que aborde el comportamiento suicida, incrementar programas de prevención, pueden ser de gran utilidad, pues contribuye a tener mejores condiciones para ayudarse a ellos mismos y a su grupo de compañeros y amigos que se encuentren en una situación de crisis suicida.

De la misma manera, involucrar a los padres, familiares y maestros, para que estén capacitados y puedan detectar prematuramente a aquellos candidatos a la realización de un acto suicida y evitar que ocurra, además de contribuir a interpretar el suicidio como un proceso que tiene su historia y que contrariamente

a lo que se piensa, no ocurre por impulso, sino más bien como una decisión largamente pensada, analizada, desechada y retomada en múltiples ocasiones para poner fin a una vida, en la que el suicidio es un síntoma más, el último síntoma, de una existencia infeliz, del dolor de la desesperanza.

Es muy importante que tomemos conciencia de ésta realidad que actualmente nos está sobrepasando, que actuemos oportunamente y apoyemos a nuestros jóvenes para que encuentren un sentido real de vida y aprendan a enfrentar los problemas que se les presenten de una manera efectiva.

El primer capítulo se ha dedicado a analizar y definir lo que es la adolescencia, los efectos bio-psico-sociales que se experimentan en ésta etapa del desarrollo humano.

El segundo capítulo se enfoca definir lo que es el suicidio, éstas son dadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y propuestas de definición por otros autores. También se enfoca en revisar la etiología biológica, genética, psicológica y sociológica del suicidio. Así mismo, analizaremos el panorama de los suicidios en México.

El tercer capítulo es el de los factores de riesgo suicida en adolescencia, se enfoca a los factores psicosociales que conllevan al adolescente a cometer un acto de riesgo suicida.

En éste estudio de factores psicosociales asociados al riesgo suicida en adolescentes, el factor social resultó ser el más asociado con el riesgo suicida en los adolescentes. Se evaluó también los síntomas depresivos y ansiosos de cada uno de los participantes, siendo este último el síntoma más significativo para el

riesgo suicida. Al no ser una población clínica o tomando en cuenta que la muestra es muy corta, no hay diferencia significativa en el riesgo suicida en función del sexo de los participantes, esta es una de las limitantes del estudio.

Capítulo I: Adolescencia

La adolescencia es un período de la vida en la que la confusión es el aspecto dominante. En ella se inician nuevas relaciones con los padres y también con el exterior, se produce una ruptura con el mundo infantil. Además los cambios fisiológicos también tienen que integrarse en la vida de los adolescentes de manera que éstos puedan adaptarse a su nueva imagen corporal.

1.1 Definición

La adolescencia se considera como el período entre los 13 y los 19 años de edad. El adolescente experimenta no sólo el cambio y crecimiento físico, sino también los cambios y el crecimiento emocional, psicológico. En general, es una etapa de vida caracterizada como un período de tormentas y estrés inevitable, sufrimiento, pasión y rebeldía contra la autoridad de los adultos. La adolescencia se anuncia como una serie de cambios físicos importantes, que desde el punto de vista psicológico tienen influencia sobre la conducta, las emociones y el desarrollo cognoscitivo (González, 2009).

La adolescencia es una época de interrogantes y revaloraciones en la que se presenta una actitud de reto o rechazo a los criterios de la autoridad, más en la forma que en el contenido de valores. Etapa de la vida que se extiende desde la niñez hasta la edad adulta. Se prolonga desde que empieza a producirse la madurez sexual hasta que el sujeto alcanza la condición social de adulto e independiente. Dada la vaguedad y arbitrariedad del término, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) propone los 20 años como final de la

adolescencia. Su comienzo coincide con la pubertad, caracterizada por los cambios biológicos marcados por la maduración sexual. La pubertad empieza con la secreción de las hormonas, responsables de las diferentes modificaciones físicas propias de la adolescencia. En las niñas su inicio se produce alrededor de los 11 años, en los niños alrededor de los 13. Se desarrollan los caracteres sexuales primarios (órganos reproductores) y secundarios (por ejemplo, pechos y caderas más grandes en las mujeres, vello facial y voz más grave en los varones), se produce la primera eyaculación y el primer periodo menstrual o menarquía. La secuencia de estos cambios físicos es mucho más previsible que el momento de su presentación, que puede variar individualmente o incluso geográficamente. Desde el punto de vista del desarrollo cognoscitivo, culmina en este período lo que Piaget en los años treinta llamó la <<etapa de las operaciones formales>>; los adolescentes son capaces de practicar el pensamiento abstracto y lógico. El pensamiento moral evoluciona hacia un nivel más convencional, que se atiene a las leyes de las normas sociales, al iniciarse la adolescencia. A lo largo de ella se llega a un nivel posconvencional o moral de los principios abstractos, de afirmación de los derechos y de los principios éticos personales. El desarrollo social del adolescente está marcado por la consolidación del sentido de la identidad. Éste trata de perfeccionar el sentido de sí mismo probando experiencia que va integrando para formar una sola identidad, que se va definiendo tanto por la aceptación de los valores tradicionales como por la oposición de ellos.

Kurt Lewin, psicólogo de la primera escuela de la Gestalt de Alemania; estaba convencido que todos los fenómenos psicológicos, inclusive los que se producen por única vez, acontecen según ciertas leyes que se cumplen en términos de probabilidad. Un concepto clave de su teoría es que el comportamiento depende de esa persona y de su ambiente. Por lo tanto, un ambiente inestable durante la adolescencia puede producir inestabilidad en ese sujeto. Por esta razón, es necesario conocer los elementos del ambiente y personales en interacción de un niño, o sea su espacio vital, para comprender su conducta.

La característica del adolescente es el cambio acelerado de su espacio vital y su rol se le presenta confuso y difícil de distinguir, con barreras difíciles de superar, inseguro de qué conducta es la apropiada para acercarse o alejarse de sus objetivos, transformándose en un ser marginal. La falta de dirección en su entorno produce en él una crisis que se manifiesta con aislamiento e inhibición y también con agresividad y extremismo.

No sólo el ambiente de un adolescente cambia en forma rápida sino que también su cuerpo sufre notables cambios que agravan su sentimiento de inadecuación y lo desequilibran emocionalmente.

Un adolescente suele ser tímido, pero agresivo, puede experimentar un conflicto interno con respecto a sus actitudes, valores, ideas o estilo de vida, tiende al extremismo y suele cambiar drásticamente su conducta (Kurt Lewin, 1976)

La adolescencia, se caracteriza por eventos universales entre los que se destacan:

- a) El crecimiento corporal, aumento de peso, estatura y los cambios en las formas y dimensiones corporales.
- b) El aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcada en el varón.
- c) Incremento de la velocidad de crecimiento, los cambios en las formas y dimensiones corporales, los procesos endocrino metabólicos y la correspondiente maduración, no siempre ocurren de forma armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora e incoordinación, fatiga fácil, trastornos del sueño, los que pueden generar trastornos emocionales y conductuales transitorios.
- d) Desarrollo y maduración sexual, con la aparición de las características sexuales secundarias y el inicio de la capacidad reproductiva
- e) Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos:
 - ❖ Búsqueda de sí mismo y de su identidad.
 - ❖ Necesidad de independencia.
 - ❖ Tendencia grupal.
 - ❖ Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
 - ❖ Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
 - ❖ Relaciones conflictivas con los padres que fluctúan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.

- ❖ Se tornan más analíticos, con pensamientos simbólicos, en los que formulan sus propias hipótesis y llegan a conclusiones propias.
- ❖ Eligen una ocupación para la que necesitarán adiestramiento y capacitación para llevarla a la práctica.
- ❖ Necesidad de asumir un nuevo rol social como partícipe de una cultura o subcultura específica.

Según Valverde et al. (2002) los períodos en que los que se ha dividido la adolescencia para el mejor entendimiento del desarrollo de esta etapa son:

1) La Adolescencia temprana

Período ubicado entre los 10 y los 13 años de edad.

Características:

- ✓ Crecimiento físico acelerado (evidenciado en el aumento de peso, estatura y los cambios en las formas y dimensiones corporales)
- ✓ Aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcada en el varón
- ✓ Cambios que no siempre ocurren de forma armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora e incoordinación, fatiga fácil, etc.
- ✓ Se pueden generar trastornos emocionales y conductuales transitorios.
- ✓ Gran cantidad de cambios relacionados con el inicio de la aparición de las características sexuales secundarias y el inicio de la capacidad reproductiva
- ✓ Cambios incipientes en la relación con el padre, la madre y otras figuras adultas de autoridad.

- ✓ Se tiende al aislamiento, cuya función es permitir explorar y asimilar poco a poco los cambios físicos y psicológicos
- ✓ Los cambios son fuentes de angustia.
- ✓ Una de las áreas más vulnerables de esta etapa es la autoestima

2) La Adolescencia media

Período ubicado entre los 14 y los 16 años

Características:

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

3) La Adolescencia tardía

Ubicado entre los 17 y 19 años

Caracterizado por:

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

En general y a modo de resumen la adolescencia se caracteriza, según Pérez Barrero (1996) por eventos universales y aspectos psicosociales que están integrados en una serie de particularidades como lo son:

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

- ✓ Necesidad de asumir un nuevo rol social como partícipe de una cultura o subcultura específica.

1.2 Comportamiento:

Los cambios rápidos y súbitos a nivel físico que experimentan los adolescentes los lleva a ser tímidos, sensibles y a estar preocupados respecto a los propios cambios corporales. Ellos pueden hacer comparaciones angustiosas respecto a ellos mismos y sus compañeros.

Jenkins, en el 2007, dice que es debido a que los cambios físicos quizá no ocurran en un plazo regular y sin problemas, los adolescentes podrían pasar por etapas de incomodidad, tanto respecto a su apariencia como a su coordinación física. Las niñas pueden estar ansiosas si no están listas para el comienzo de los períodos menstruales y los niños pueden preocuparse si no saben acerca de las emisiones nocturnas.

Durante la adolescencia, es normal que los jóvenes empiecen a separarse de sus padres y a establecer su propia identidad. En algunos casos, esto puede ocurrir sin problemas de los padres y otros miembros de la familia. Sin embargo, en algunas familias, la rebeldía del adolescente puede conducir a conflictos a medida que los padres tratan de mantener el control.

A medida que los adolescentes se alejan de los padres en búsqueda de su propia identidad, sus amigos se vuelven más importantes.

- Su grupo de amigos puede convertirse en un refugio seguro, en el cual el adolescente puede probar nuevas ideas.
- En la adolescencia temprana, el grupo de compañeros por lo general consta de amistades no románticas, a menudo incluyendo "pandillas", bandas o clubes. Los miembros del grupo de compañeros con frecuencia intentan comportarse y vestirse en forma semejante, tener códigos secretos o rituales y participar en las mismas actividades.
- A medida que el joven avanza hacia la adolescencia media (14 a 16 años) y más allá, el grupo de compañeros se extiende para incluir amistades románticas.

Desde la mitad hasta el final de la adolescencia, los jóvenes a menudo sienten la necesidad de establecer su identidad sexual, llegando a estar cómodos con su cuerpo y sentimientos sexuales. A través de las relaciones románticas, las citas y experimentando, los adolescentes aprenden a expresar y recibir intimidad o insinuaciones sexuales. Las personas jóvenes que no tienen la oportunidad de tales experiencias pueden tener más dificultad para establecer relaciones íntimas cuando sean adultos (Ibid).

1.3 Seguridad:

Los adolescentes se vuelven más fuertes y más independientes antes de haber desarrollado buenas destrezas para tomar decisiones. Una fuerte necesidad de la aprobación de los amigos podrían incitar a los jóvenes a intentar actos arriesgados o tomar parte en comportamientos peligrosos.

Se debe hacer énfasis en la seguridad con los vehículos a motor, centrándose en el rol del conductor, del pasajero y del peatón, los riesgos del abuso de sustancias y la importancia de utilizar los cinturones de seguridad. Los adolescentes no deben tener el privilegio de utilizar carros y automotores recreativos a menos que puedan demostrar que los pueden usar de manera segura.

Otras cuestiones de seguridad son:

- Los adolescentes involucrados en deportes deben aprender a utilizar el equipo y los implementos o trajes protectores. Se les debe enseñar las reglas del juego seguro y los métodos saludables para las actividades que requieren niveles de destreza avanzados.
- La gente joven necesita estar muy consciente de los peligros potenciales, incluyendo la muerte súbita que puede ocurrir con el abuso regular de sustancias y con el consumo experimental del alcohol y las drogas.
- Los adolescentes a quienes se les permite el uso o tienen acceso a las armas de fuego necesitan aprender la forma segura de utilizarlas de manera legal y apropiada.

Si los adolescentes parecen estar aislados de sus compañeros, no tienen interés en actividades sociales o escolares o muestran una súbita disminución en el desempeño escolar, laboral o deportivo, necesitan una evaluación.

Muchos adolescentes se encuentran en alto riesgo de depresión e intentos potenciales de suicidio debido a las presiones y conflictos en sus familias, el colegio, organizaciones sociales, grupos de compañeros y relaciones íntimas.

Capítulo II: Suicidio

El suicidio es un síndrome pluricausal, en el que intervienen factores sanitarios y psicosociológicos de muy diversa índole, incluyendo creencias, cultura y filosofía vital. La determinación bio-psico-socio-cultural del suicidio, está hoy generalizada en la compleja plurideterminación que revela que éste no es un problema exclusivo del ámbito de la salud, los estudios epidemiológicos a nivel mundial lo indican como un grave problema de la Salud Pública. Aunque las causas del acto suicida son múltiples, se ha intentado explicar desde diferentes postulados teóricos, lo que ha establecido distintos modelos etiológicos que han tratado de explicar el suicidio (Maris, Berman & Silverman, 2000).

2.1 Definición de la OMS (1969):

La OMS define el acto suicida como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención y de que conozcamos o no los verdaderos motivos, y el suicidio como la muerte que resulta de un acto suicida (Pascual Pascual et al., 2005). Es decir, el suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de la conducta suicida. Aunque el espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación suicida: amenazas, gesto, tentativa y hecho consumado.

2.2 Propuesta de diversos autores:

La palabra suicidio, proviene de los términos del latín sui (uno mismo) y caedere (matar). Al parecer esta palabra habría sido acuñada por Thomas Browne en su obra Religio Medicini, en 1642 (citado en Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003, p. 201). Este hecho, habría reflejado la necesidad de distinguir entre el homicidio de uno mismo y el hecho de matar a otra persona (OPS, 2003).

Para Pfeffer (citado en Montenegro y Guajardo, 2000, p. 144), la conducta suicida en niños y adolescentes puede definirse como “una preocupación o acto que intencionalmente pretende infligir un daño o la muerte a sí mismo”.

De acuerdo con esto, Ulloa (1994, p. 178) señala que “el suicidio es el término que una persona, en forma voluntaria e intencional, hace de su vida”. Altamirano (1995, p. 31), realiza un planteamiento similar, refiriendo que el suicidio “se entendería como el rechazo definitivo de la vida y como una indicación de la necesidad de abandonar toda relación humana”.

La mayoría de los autores constatan que en la infancia y la adolescencia la conducta suicida es un continuo (Pedreira, 1998, p. 690), tratándose siempre de un síntoma. Este continuo abarcaría:

- ◆ Ideación suicida: incluye desde pensamientos inespecíficos de muerte o el escaso valor de la vida, hasta pensamientos concretos, estructurados y recurrentes de provocarse daño o la muerte (Almonte, 2003; Pedreira,

1998), esto abarcaría un plan y la disponibilidad de métodos para llevar a cabo un intento, junto con la aceptación de los pensamientos suicidas (Spirito & Overholser, 2003).

- ◆ Amenaza o gesto suicida: constituidas por verbalizaciones o precursores de actos que, si llegan a realizarse en su totalidad, conducirían a un daño serio o la muerte (Almonte, 2003).
- ◆ Intento, tentativa de suicidio o parasuicidio: todo acto realizado por el individuo, mediante el cual puede ocasionarse la muerte. Según el riesgo vital, pueden subclasificarse en intentos leves (actos que casi no implican riesgo) o intentos serios (actos que de no mediar la intervención de terceros o un tratamiento médico eficaz, concluirían en la muerte) (Almonte, 2003). El intento de suicidio tiene mayores probabilidades de ocurrir cuando el adolescente presenta todo el espectro de cogniciones y verbalizaciones suicidas, incluyendo ideación, planificación e intentos (Spirito & Overholser, 2003).
- ◆ Suicidio consumado: todos los actos autoinfligidos por el adolescente y que dan como resultado su propia muerte (Mardomingo, 1998, p. 689).

2.3 Definición de la OPS:

Para la OPS (2003), la conducta suicida constituye una de las formas en que se presenta la violencia, en este caso autoinfligida, y que también abarca otro tipo de conductas como las automutilaciones. Con respecto a la agresión y la violencia, se ha estimado que entre un 10 y 20% de sujetos suicidas tienen

historias de violencia, mientras que un 30% de personas violentas tiene historias de comportamientos suicidas (Plutchik & Van Praag, 1990 citados en Committee on Adolescence, 1996).

La OPS, en este mismo documento, señala “recientemente se ha propuesto el término “comportamiento suicida mortal”, basado en resultado, para los actos suicidas que ocasionan la muerte y de igual manera, “comportamiento suicida no mortal” para las acciones suicidas que no provocan la muerte” (OPS, 2003:2001).

Ulloa (1994), plantea que el suicidio parece ser el final de un proceso que comienza en la infancia. Es decir, un adolescente no llega a ser suicida de forma abrupta, sino que a través de un proceso que constan de tres fases:

- Fase inicial: se constituye por una historia de problemas emocionales y conductuales de moderada magnitud en la niñez temprana.
- Fase de escalada: se produce al comienzo de la adolescencia, con la incorporación de nuevos problemas propios de la edad, que llevan al sujeto a un sentimiento de soledad (cambios corporales, preocupaciones sobre la sexualidad y el rendimiento escolar, problemas en relaciones con los padres, etc.).
- Fase precipitante final: durante los días previos al intento de suicidio, la comunicación con los padres se bloquea, ocurre un distanciamiento de los amigos, elementos con lo cuales aumenta el sentimiento de la soledad

aparecido ya en la etapa anterior. Hay un quiebre en las relaciones, después de lo cual probablemente ocurra la conducta suicida.

Como proceso clínico, el suicidio constaría de tres etapas descritas por Poldinger (1968, citado en Christensen, 1995):

- ❖ Etapa de consideración: morir representa la posibilidad de resolver problemas, sean estos reales o aparentes. El proyecto se organiza en torno a las fantasías y experiencias de la persona. Al principio considerar la posibilidad de eliminarse, le genera al individuo ansiedad, sin embargo, luego se estructura y se torna egosintónico (término psicológico que se refiere a los comportamientos, valores y sentimientos que están en armonía o son aceptables para las necesidades y objetivos del ego o yo, y son coherentes con los ideales de su autoimagen).
- ❖ Etapa de ambivalencia: se hace presente la indecisión y la lucha entre tendencias constructivas y destructivas. Por lo tanto, esta etapa es de conflicto y crisis. Durante este período se manifiestan señales y avisos de la intención de suicidarse.
- ❖ Etapa de decisión: la persona opta por suicidarse. Durante este período se observan señales directas e indirectas, actos preparatorios, ideas y representaciones concretas respecto a la opción por la muerte.

Los actos suicidas cuidadosamente planeados son escasos. La mayoría de los casos son llevados a cabo bajo un fuerte impulso repentino, a pesar

que la ideación suicida haya estado presente con anterioridad (Spirito & Overholser, 2003). “El deseo de suicidarse responde a factores ambientales y vulnerabilidad personal, la que está determinada por una interacción entre el nivel de desarrollo psíquico, las experiencias tempranas de vida y los factores constitucionales. De estas variables dependería el nivel de autocuidado que tenga el niño/adolescente” (Almonte, 2003, p. 511).

El acto suicida, según Shneidman (1988 citado en Villardón, 1993) presenta características comunes sin importar los distintos factores que pueda tener a la base. Éstas son:

- Su propósito es buscar una solución;
- Su objetivo es sacar de la conciencia los contenidos que están ocasionando sufrimiento;
- Estos contenidos se relacionan con necesidades psicológicas frustradas;
- La emoción a la base es la desesperanza e indefensión;
- Su estado cognitivo es ambivalencia;
- Su estado perceptual es la constricción, donde el sujeto no logra percibir todos los aspectos de la realidad, haciéndose conscientes sólo los aspectos negativos. De este modo, el individuo sólo percibe una posible solución ante los problemas;

- Su acción es el escape, lo cual es coherente con el patrón de enfrentamiento que el sujeto ha ido desarrollando a lo largo de su historia; y
- Su acto interpersonal es la comunicación de la intención.

El estudio de las conductas suicidas, desde el punto de vista epidemiológico, es diferente al suicidio consumado, que se basa en gran medida en estadísticas recolectadas rutinariamente por las instancias oficiales a través del certificado de defunción. En el caso del intento de suicidio, no hay organismo que disponga de información veraz sobre este problema ya que no es obligatorio reportarlo, mucho menos el reportar la ideación o los planes suicidas. Solamente en algunas ciudades de algunos países europeos se ha diseñado un sistema de reporte de casos de intentos de suicidio para estudiar este fenómeno (Borges, 1996)

2.4 Etiología:

2.4.1 Etiología Biológica:

Desde el punto de vista biológico, se pone de manifiesto que las personas que parecen tener cierta vulnerabilidad hacia el suicidio presentan un descenso en los niveles de serotonina en el cerebro. En concreto se han detectado niveles bajos de un metabólico de serotonina, el 5HIAA (ácido 5 hidroxindoleacético) en el líquido cefalorraquídeo en individuos con potencial riesgo de suicidio (Teraiza & Meza, 2009).

Las conductas suicidas han sido relacionadas con otros hallazgos bioquímicos como: la excesiva actividad del sistema noradrenérgico, (Van Heeringen, 2003, pp. 289-291), la hiperactividad del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal (Gmitrowicz & Kolodziej-maciejewska, 2001, pp. 803-818), la hipo colesterolhemia con altos niveles de cortisol sérico (controversias y datos contradictorios al respecto) (Veveva, 2006, p.145). Datos recientes muestran como los porcentajes reducidos de ácido docosahexaenoico y bajas proporciones de Omega -3 en el perfil lipídico son predictores de riesgo suicida entre pacientes deprimidos (Sublette y otros, 2006, p. 163).

2.4.2 Etiología genética:

Existen dudas sobre que el riesgo de suicidio se debe a factores genéticos o si está más relacionado con el ambiente familiar y social. Se ha comprobado a través de estudios familiares, gemelares y de adopción la influencia de la herencia poligénica. Y diferentes estudios han mostrado que el riesgo de suicidio es más elevado en los individuos con antecedentes familiares de suicidio. (Fu. et. al., 2002, pp. 11-24). Se ha afirmado que la tendencia suicida se decide en una zona del cromosoma 2 (Willour y otros, 2007, pp. 725-727).

Aunque hay evidencia de factores genéticos que contribuyen al riesgo de conducta suicida, esto no significa que la conducta suicida es inevitable para los individuos con historial familiar; simplemente significa que tales personas pueden ser más proclives.

2.4.3 Etiología psicológica:

Los tres trastornos psicológicos más importantes que se han asociado con los intentos suicidas son: fracaso en la resolución de problemas interpersonales, altos niveles de desesperanza con respecto al futuro y una mala regulación del afecto (Sidley, 2001, pp. 272-275). En la mayoría de las ocasiones la persona que realiza un acto suicida pone en juego su vida para que su vida cambie, ya que lo que puede ir buscando es que su vida sea otra porque la actual está llena de un sufrimiento inaguantable.

También se han estudiado algunos rasgos característicos que pueden presentar tendencias suicidas como: la tendencia al aislamiento social, la presencia de una baja autoestima, baja autoeficacia, pobre autoconcepto, sentimientos de abandono y desesperanza, visión negativa de sí mismo y su entorno, niveles elevados de impulsividad. Los rasgos de personalidad más frecuentes en los adolescentes suicidas son hostilidad, impulsividad, rabia y baja tolerancia a la frustración. (Vallejo Ruiloba, 2005, pp. 380-281).

2.4.4 Etiología sociológica:

Desde el punto de vista sociológico pretende recoger los factores de riesgo que pueden incrementar el riesgo de cometer un acto suicida.

La frecuencia del suicidio entre varones es mayor que entre las mujeres, proporción que se mantiene estable en todos los grupos de edad. Sin embargo, los intentos de suicidio son mucho más frecuentes entre las mujeres

(principalmente mediante intoxicaciones medicamentosas) que entre los hombres (OMS, 2000).

Emile Durkheim (1995) fue el primero en explorar la influencia del contexto social y cultural sobre el riesgo de suicidio, menciona que los factores que pueden influir en la conducta suicida son: falta de lazos familiares o relaciones sociales relevantes, cuando por adversidad económica o social se rompe el vínculo entre el individuo o la sociedad a la cual pertenece. Postuló que el acto suicida era un fenómeno sociológico, como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista, y lo definió como todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma sabiendo ella que debía producir este resultado.

A cada sociedad le corresponde un número de suicidios. Los hay de tipo egoísta (se da en sociedades donde el individuo carece de integración), anómico (se da en sociedades cambiantes en la que se pierde el control social), fatalista (se da en sociedades con un alto grado de regulación social) o altruista (el suicida se limita a representar lo que es la voluntad de su sociedad, pues su acto intenta afirmar y prolongar sus significaciones: Se da en sociedades en las que el individuo se suicida por su sensación de pertenencia a la sociedad –kamikazes-.) (Durkheim, 1995).

2.5 Panorama de los suicidios en México

Los suicidios se han convertido en un problema de salud pública en México, de acuerdo con las estadísticas de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), durante 2011 en el país se registraron 5 mil 718 suicidios de los cuales 80.8% fueron consumados por hombres y 19.2% correspondió a mujeres, lo que significa que ocurren cuatro suicidios de hombres por cada suicidio de una mujer. En lo que se refiere a su evolución, es posible advertir que la tasa de suicidios presenta una tendencia creciente, pues de 1990 a 2011 para la población en general la tasa se duplicó al pasar de 2.2 a 4.9 suicidios por cada 100 mil habitantes. Por sexo, en 2011 la tasa de mortalidad de esta causa fue de 8.2 por cada 100 mil hombres y de 1.9 suicidios por cada 100 mil mujeres.

2.5.1 Tasa de suicidio por entidad federativa:

El comportamiento de los suicidios por entidad federativa muestra que en 2011 existen dos entidades que casi duplican la tasa nacional (Campeche y Yucatán con 9.5 y 9.3 por cada 100 mil habitantes, respectivamente). En tanto que Guerrero presenta la tasa más baja con 2.6 Suicidios por cada 100 mil habitantes.

2.6 El Suicidio en Adolescentes:

La adolescencia es un periodo particularmente vulnerable en la vida de una persona, pues en ella se comienza a experimentar y a enfrentar situaciones que en ocasiones pueden ser de riesgo para el bienestar, la salud y la vida del

individuo, en este sentido, las principales causas de muerte en los adolescentes de 15 a 19 años de edad en 2011 fueron las agresiones (24.2%), accidentes de transporte (16.1%) y las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) con 8.6%, situación que manifiesta una preocupación, debido a que estas son muertes prematuras y prevenibles.

El suicidio en adolescentes y jóvenes es una realidad cada vez más latente en el país. En 2011 se registraron 859 suicidios en adolescentes de 15 a 19 años, lo que representa una tasa de 7.7 muertes por cada 100 mil adolescentes.

Como se mencionó anteriormente, el suicidio es un fenómeno que va en aumento y para los adolescentes no es la excepción, es así que en 1990 en hombres representó una tasa de 4 y en mujeres de 1.4 por cada 100 mil adolescentes, en tanto que para 2011 fue de 10.8 y 4.7 por 100 mil adolescentes, respectivamente (INEGI, 2011)

2.6.1 Tasa de suicidios en adolescentes de 15 a 19 años por entidad federativa 2011:

Datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), mencionan que al interior del país, el impacto del suicidio en los adolescentes es diferencial, debido a que hay entidades que son más afectadas que otras, es así que el Distrito Federal, Tabasco, Yucatán y Guanajuato presentan tasas mayores a 11 defunciones por cada 100 mil adolescentes, mientras que en el extremo contrario Baja California Sur, Nuevo León y Tamaulipas son entidades que presentan las

menores tasas que oscilan de 1.6 a 3.1 suicidios por cada 100 mil adolescentes de 15 a 19 años.

Capítulo III: Factores de Riesgo Suicida en Adolescentes

Se considera factor de riesgo a la característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud.

3.1 Factores de riesgo:

Como factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes se ha encontrado la depresión debida en mayor parte a la dificultad para afrontar la frustración, la disfunción familiar, el abuso sexual, la no satisfacción de necesidades básicas y maltrato (Cañón, S.,2011).

La adolescencia, por ser un período crítico sometido a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social del adolescente, así como también en el marco familiar en que éste se desenvuelve, se considera como un período de riesgo en el cual pueden darse las bases para la aparición de síntomas y enfermedades, así como también de alteraciones de la personalidad.

En la atención primaria, el médico en su trabajo con el adolescente, debe tener como objetivos principales: lograr el desarrollo integral máximo de él, contribuir a su correcta educación y detectar precozmente cualquier trastorno o enfermedad oculta. De ahí que consideremos importante que tenga un buen manejo sobre los factores predisponentes de riesgo que pueden estar presentes en esta etapa de la vida (Amezquita M, 2008).

El uso tradicional del concepto de riesgo ha sido esencialmente biomédico y se ha relacionado con la mortalidad. Esta concepción no resulta muy útil para la salud del adolescente, cuyos problemas se generan más bien en el contexto social y afortunadamente no siempre originan mortalidad. La idea fundamental de este enfoque es que el riesgo nos brinda una medida de la necesidad de atención a la salud. El conocimiento del riesgo o de la probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud permite anticipar una atención adecuada y oportuna.

3.2 Factores psicosociales de riesgo en la adolescencia:

Por todo ello es muy importante hacer un análisis de los factores psicosociales de riesgo en la adolescencia; para esto se considera como principales factores de riesgo psicológicos y sociales los siguientes:

- Insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas. Dentro de ellas podemos destacar la necesidad de autoafirmación, de independencia, de relación íntima personal y la aceptación por parte del grupo.
- Pertenencia a grupos antisociales. Este factor tiene como causa fundamental la satisfacción de la necesidad de autoafirmación y la necesidad del seguimiento del código grupal. Por lo general cuando los adolescentes no encuentran una vía adecuada de autoafirmación tratan de buscarla en este tipo de grupo donde fácilmente la encuentran, con el reconocimiento grupal ante la imitación de sus patrones inadecuados.

- Patrones inadecuados de educación y crianza. Estos pueden ser:
 - Sobreprotección: Se puede manifestar de una manera ansiosa (al crear sentimientos de culpa en el adolescente) o de una manera autoritaria (al provocar rebeldía y desobediencia).
 - Autoritarismo: Limita la necesidad de independencia del adolescente y mutila el libre desarrollo de su personalidad, para provocar como respuesta en la mayoría de los casos, rebeldía y enfrentamientos con la figura autoritaria y pérdida de la comunicación con los padres.
 - Agresión: Tanto física como verbal, menoscaba la integridad del adolescente, su autoimagen y dificulta en gran medida la comunicación familiar.
 - Permisividad: Esta tendencia educativa propicia la adopción de conductas inadecuadas en los adolescentes por carencia de límites claros.
 - Autoridad dividida: Este tipo de educación no permite claridad en las normas y reglas de comportamiento, y provoca la desmoralización de las figuras familiares responsables de su educación.
- Ambiente frustrante. Cuando el adolescente no encuentra adecuadas manifestaciones de afecto, cuando hay censura inmotivada y frecuente hacia su persona, cuando se reciben constantes amenazas, castigos e

intromisiones en su vida privada y cuando se aprecia un desentendimiento y alejamiento de las problemáticas que presenta.

- Sexualidad mal orientada. Cuando por la presencia de prejuicios en relación con los temas sexuales, la comunicación en esta esfera queda restringida y el adolescente busca por otros medios, no siempre los idóneos, sus propias respuestas e informaciones o en muchos casos mantiene grandes lagunas que le acarrearán grandes problemas por el desconocimiento, la desinformación y la formación de juicios erróneos en relación con la sexualidad.
- La promiscuidad. Es un factor de riesgo social que no sólo puede ser motivo de embarazos precoces y enfermedades de transmisión sexual, sino que también propicia una autovaloración y autoestima negativas que puede deformar la personalidad del adolescente.
- Inadecuado ambiente familiar. Cuando la familia es disfuncional, no cumple sus funciones básicas y no quedan claros las reglas y roles familiares se dificulta el libre y sano desarrollo de la personalidad del adolescente. Es necesario que exista un soporte familiar abierto, capaz de asimilar los cambios requeridos para la individualización del adolescente.
- Abandono escolar y laboral. Este hecho provoca que el adolescente se halle desvinculado de la sociedad, y no encuentre la posibilidad de una autoafirmación positiva, al disminuir las posibilidades de comprobar sus

destrezas para enfrentar los problemas y asumir responsabilidades, lo cual resquebraja su autoestima, la confianza en sí mismo y en sus posibilidades de desarrollo social.

- Bajo nivel escolar, cultural y económico. Estos son elementos considerados como protectores del desarrollo y la salud y el hecho de presentar un déficit en ellos le impide al adolescente un enfrentamiento adecuado a las situaciones de conflicto.

De manera general podemos decir que el manejo de estos factores de riesgo permite identificar a aquellos adolescentes que están más expuestos a sufrir los daños que los aquejan, como accidentes, embarazos precoces, abuso de sustancias psico-activas, enfermedades de transmisión sexual y el suicidio; por lo que la sociedad y el sistema de salud deben propiciar el desarrollo de factores protectores que apoyen el crecimiento y la maduración sana del adolescente, como son el establecimiento y el logro de una adecuada autoestima, que le brinde posibilidades de enfrentar problemas con responsabilidad; además de oportunidades de autoafirmación positiva, y le proporcione espacios sociales adecuados para lograr un soporte familiar abierto y brindar oportunidad de superación educacional y cultural que le faciliten la solución a los problemas, pues la ausencia de vías para la solución puede llevar al adolescente a alcanzar altos niveles de desesperación y sentimientos de impotencia y por tanto a la autodestrucción y al suicidio.

3.3 Factores de riesgo suicida en la adolescencia:

La mortalidad por suicidio entre los adolescentes y jóvenes está incrementándose, particularmente en los varones, por lo que se hace impostergable su prevención eficaz. Para lograrlo es necesaria la promoción de salud, la protección específica de los grupos de riesgo, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y adecuado de aquellas afecciones que lleven al suicidio y al intento de autodestrucción en cualquiera de sus variantes (Pascual Pablo, 2005).

La promoción de salud para prevenir esta conducta debe involucrar no sólo a profesionales de la salud pública, sino a otras personas que se relacionan, muchas veces durante mayor cantidad de tiempo, con los adolescentes, como son: los familiares, los maestros y los propios adolescentes.

Principalmente se debe promover los modos de vida saludables entre ellos, como la práctica sistemática del deporte, una sexualidad responsable, no hábitos tóxicos, desarrollar múltiples intereses que les permitan un uso adecuado de su tiempo libre, entre otros.

La protección específica se haría mancomunadamente, sobre aquellos en desventaja biopsicosocial, como los que hayan sido niños con riesgo suicida o los que en la propia adolescencia hayan acumulado diversos factores de riesgo hasta ese momento ausentes. Entre estos se encuentran los que hayan realizado una tentativa de suicidio o un suicidio frustrado; los que presenten alteraciones en su comportamiento sexual en forma de precocidad, promiscuidad, abortos, embarazos no deseados u ocultos, masturbación compulsiva, que hayan sido

víctimas de abuso sexual, violación u otro delito de esta índole. También hay que tener en cuenta las variaciones en el comportamiento escolar, como las dificultades en el rendimiento habitual, las fugas o deserción escolar, el desajuste vocacional, las dificultades en las relaciones con maestros y profesores, la presencia de amistades con conducta suicida previa, la inadaptación de determinados regímenes escolares o militares.

En el hogar, además de los factores de riesgo mencionados en la niñez, hay que tener en cuenta aquellos que lo abandonan de manera permanente antes de los 15 años; la identificación con familiares suicidas, deprimidos o alcohólicos; convivencia con un enfermo mental como único pariente; dificultades socioeconómicas; permisividad en el hogar de determinadas conductas antisociales, lo que las refuerzan; presencia entre los familiares directos de personalidades antisociales, criminales, etcétera.

En el aspecto social, el riesgo suicida puede incrementarse a través de noticias sensacionalistas, sea por los medios de difusión masiva o por el rumor popular, cuando el adolescente la identifica con la amistad, el amor, el heroísmo o cualquiera otra cualidad positiva. También pueden aumentarlo la falta de apoyo social, la posibilidad de adquirir drogas, armas de fuego, etcétera.

3.4 Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes:

Entre los factores de riesgo en esta etapa podemos mencionar la exposición a una enfermedad mental, sobre todo los trastornos del humor y la esquizofrenia. La denominación de trastornos del estado del ánimo o del humor ha sustituido al término trastornos afectivos e incluye los depresivos y bipolares. No entraremos a clasificar dichos trastornos, pues no es el objetivo de la presente investigación.

Otras características son las siguientes:

1. Trastornos evidentes y mantenidos de las relaciones emocionales, con marcada tendencia a la reserva y las conductas inapropiadas en el contacto interpersonal.
2. Falta de conciencia aparente de la identidad personal, que se traduce en posturas inadecuadas e investigación reiterativa de una parte del cuerpo (mirarse en el espejo durante horas).
3. Preocupación excesiva por determinados objetos que no guardan relación con el uso habitual.
4. Resistencia e intolerancia a los cambios en el ambiente con reacciones de mucha ansiedad o miedo intenso.
5. Respuestas excesivas, impredecibles o nulas a los estímulos sensoriales.
6. Asumir posturas extrañas, manierismos, estereotipias.
7. Deterioro del lenguaje adquirido.
8. Preocupaciones religiosas, sexuales, filosóficas, no usuales.

3.4.1 Adolescentes potencialmente suicidas:

De manera general podemos dividir la biografía de los futuros adolescentes con conducta suicida en tres etapas:

1. Infancia problemática.
2. Recrudescimiento de problemas previos, con la incorporación de los propios de la edad (cambios somáticos, preocupaciones sexuales, nuevos retos en las relaciones sociales y en el rendimiento escolar, etcétera).
3. Etapa previa al intento suicida, que se caracteriza por la ruptura inesperada de relaciones interpersonales.

La primera etapa engloba los factores predisponentes; la segunda, los reforzantes, y la tercera, los precipitantes.

Otra valoración que puede realizarse ante un adolescente potencialmente suicida, incluye la exploración de los siguientes aspectos:

1. Comportamiento suicida. Debe investigarse a profundidad los deseos de morir, la idea suicida, los gestos, las amenazas y el plan de autodestrucción, el método que va a emplear, circunstancias en que lo realizaría, etcétera.
2. Ámbito familiar. Relaciones disarmónicas con padres, hogar roto, violencia familiar, padres enfermos mentales, familiares con conducta suicida. Deben explorarse las expresiones familiares que manejen la autodestrucción como una

posibilidad de poner fin a la vida y la presencia de amistades con este comportamiento.

3. Cuadro clínico. Explorar signos de enfermedad mental, especialmente depresión, esquizofrenia y conducta suicida previo del adolescente.

4. Estado psicológico. Precisar la presencia de desesperanza, sentimientos de soledad, angustia, culpabilidad, abuso de alcohol, depresión, rabia, agresividad.

5. Motivos. Pérdida de una relación valiosa, conflictos escolares, humillaciones, problemas familiares, deseos de matarse, etcétera.

Un comportamiento suicida afirmativo, un medio familiar que no constituye un adecuado soporte, la presencia de síntomas depresivos, desesperanza, agresividad o sentimientos de soledad y cualquier motivo, por poco significativo que parezca, debe presuponer la posibilidad real de un acto suicida y se debe actuar con eficacia para evitarlo.

Para concluir, se debe considerar el acto de autodestrucción en la adolescencia como un punto en el continuo de los problemas conductuales en cuestión y la necesidad de establecer diferencias entre los estresores crónicos de sus vidas y los estresores agudos que pueden precipitar la conducta suicida.

Entre los estresores crónicos se citan la disfunción familiar, los fracasos escolares, el abuso sexual y el consumo de alcohol o drogas, entre otros; mientras que los agudos pueden ser peleas entre amigos, conflictos amorosos, reprimenda de los padres que, como se evidencia, pueden y de hecho forman parte de la rutina de la adolescencia, pero que en un joven con problemas emocionales pueden llevar al acto suicida.

Capítulo IV: Metodología

4.1 Pregunta de investigación:

¿Qué factores psicosociales están asociados al riesgo suicida en los adolescentes de bachillerato de la Universidad Latina Campus Sur?

4.2 Objetivos:

Objetivos Generales: Identificar factores psicosociales asociados al riesgo suicida en adolescentes de nivel bachillerato de la Universidad Latina Campus Sur.

Objetivos Específicos: Conocer la prevalencia de riesgo suicida.

4.3 Justificación:

Los suicidios se han convertido en un problema de salud pública en México, de acuerdo con las estadísticas de mortalidad, durante 2011 en el país se registraron 5 mil 718 suicidios de los cuales 80.8% fueron consumados por hombres y 19.2% correspondió a mujeres, lo que significa que ocurren cuatro suicidios de hombres por cada suicidio de una mujer. En lo que se refiere a su evolución, es posible advertir que la tasa de suicidios presenta una tendencia creciente, pues de 1990 a 2011 para la población en general la tasa se duplicó al pasar de 2.2 a 4.9 suicidios por cada 100 mil habitantes. Por sexo, en 2011 la tasa de mortalidad de esta causa fue de 8.2 por cada 100 mil hombres y de 1.9 suicidios por cada 100 mil mujeres.

A pesar de los estudios que examinan las posibles variables mediadoras han sido escasos para conocer los factores que conllevan a los adolescentes a tener una conducta suicida. Esto se debe a que hablar de suicidio en adolescentes representa en la población mexicana una tragedia, un tabú que no puede ser mencionado por miedo a que sigan ocurriendo. Es necesario no perder de vista la importancia del contexto social, identificando, desde luego, a los grupos de población de alto riesgo, además de establecer estrategias preventivas de corto y de mediano plazo. Numerosas variables biológicas, psicológicas y sociales han sido investigadas como factores que se relacionan con suicidio. Algunas de ellas, como género, depresión, desesperanza, consumo indebido de alcohol y drogas han sido ampliamente estudiadas. Otras, como personalidad, ansiedad, violencia, abuso en la infancia, familia con antecedente de suicidio y/o de enfermedades psiquiátricas.

El presente estudio permitió establecer la relación existente entre los factores psicosociales y el riesgo suicida en los adolescentes, dos categorías que son de mucha relevancia en ésta etapa de desarrollo, y que deberían de ser estudiadas simultáneamente en México para hallar los factores psicosociales que llevan a un adolescente a cometer una conducta suicida.

4.4 Hipótesis:

H1: Hay una relación entre los factores psicosociales con el riesgo suicida

H2: Habrá una diferencia en el riesgo suicida en función del sexo de los participantes.

4.5 Participantes

225 Estudiantes de la Universidad Latina nivel bachillerato CCH, 112 hombres y 113 mujeres, edad de 14 a 20 años.

4.6 Diseño:

No experimental transversal

4.7 Análisis estadístico:

Debido a que se pretende establecer la relación entre los factores psicosociales y el riesgo suicida en adolescentes y tomando en cuenta el nivel de medición de las variables se utilizará la correlación de Spearman.

Y para determinar las diferencias en el riesgo suicida según el sexo, se utilizará la U de Mann Whitney dado el nivel de medición de las variables y las características de los participantes.

4.8 Instrumentos:

1. La Escala de Riesgo Suicida diseñada por Plutchik (Anexo I)

La Escala de Riesgo Suicida fue diseñada por Plutchik y HM Van, Praga, en 1994, con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Está formada por una serie de variables que otros autores han relacionado

con el suicidio. Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolesionarse. Ha sido validada por Rubio y cols.

Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO. Procede de una versión de 26 ítems. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems.

Los reactivos están relacionados con intentos de autolesión previos, la intensidad de la ideación autolesiva actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas.

Resulta fácil y rápida de administrar (1-2 minutos).

Interpretación:

Admitiendo las dificultades que implica la detección de pacientes con riesgo suicida de una manera fiable, la escala resulta útil para distinguir a pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas.

Los autores de la escala original proponen un punto de corte de 8 puntos (cuando utilizan la versión de 26 ítems), con una sensibilidad y especificidad del 68%.

En la validación española el punto de corte propuesto son 6 puntos. Sensibilidad de 74% y especificidad de 95% para distinguir entre controles y pacientes (tentativas de suicidio y trastornos de la personalidad). Con el mismo punto de corte la sensibilidad y especificidad son del 88% para discriminar entre

sujetos con antecedentes de tentativa de suicidio frente a los que nunca habían realizado ninguna.

Propiedades Psicométricas, Fiabilidad:

La consistencia interna de la escala original es de 0.84 (alfa de Cronbach). En la validación española, fue incluso superior a 0.90. La fiabilidad test-retest tras 72 horas era de 0.89.

Validez:

En la escala original para un punto de corte de 8 (26 ítems) la sensibilidad y especificidad era del 68%.

En la validación española para un punto de corte de 6 la sensibilidad y especificidad es de 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativas suicidas y aquellos que nunca las habían tenido.

El análisis factorial de la escala demuestra la existencia de 4 factores subyacentes principales. Incluye cuestiones relacionadas con intentos de autolesión previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas.

La escala de riesgo suicida de Plutchik se ha utilizado en México en estudios como, por mencionar solo algunos:

- ✓ José Carlos Rosales Pérez, Martha Córdova Osnaya. Ideación suicida y su relación con variables de identificación personal en estudiantes universitarios mexicanos. Revista Intercontinental de Psicología y

Educación, vol. 13, núm. 2, julio-diciembre, 2011, pp. 9-30, Universidad Intercontinental México.

- ✓ Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. Suicidio en Adolescentes. México, D.F a 17 de Enero del 2011. Garduño Ambriz Rosalía, Gómez Hernández Krystiam Yesica, Peña Reyes Angélica Julieta. Integrantes de la generación 2010-2011.
- ✓ Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. El funcionamiento familiar de los adolescentes con ideación suicida y otros síntomas asociados. Morelia, Michoacán. Agosto 2006.

Utilice la escala de Riesgo Suicida de Plitchik por ser un instrumento que incluye cuestiones relacionadas con intentos de auto lesión previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas. Me pareció interesante ya que me muestra una gama de cuestiones de riesgo suicida que en la etapa de adolescencia son un foco muy importante para prevenir la conducta suicida.

2. Inventario de Depresión de Beck, BDI (Anexo II)

Antecedentes.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es uno de los instrumentos más usados para la valoración de síntomas depresivos en adultos y adolescentes. La

versión original se introdujo en 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh como una prueba autoadministrada; revisada en 1971 en el Centro de Terapia Cognitiva de la Universidad de Pennsylvania resultando en la versión BDI-IA. La versión revisada y la original tienen alta correlación. Beck definió depresión como “un estado anormal del organismo manifestado por signos y síntomas de ánimo subjetivo bajo, actitudes nihilistas (negativas) y pesimistas, pérdida de la espontaneidad y signos vegetativos (de forma involuntaria o inconsciente) específicos.” El instrumento se diseñó para valorar este estado y fue derivado de observaciones clínicas y descripciones de síntomas frecuentes en pacientes psiquiátricos con depresión e infrecuentes en pacientes sin depresión. Aunque fue diseñado para población de pacientes, y no para tamizaje, ha sido utilizado ampliamente para este propósito.

Las ventajas de esta versión son una alta consistencia interna, alta validez de contenido, especificidad en la diferenciación de pacientes deprimidos y sanos, y su popularidad internacional. Ha sido validado para población de habla hispana por Conde et al (1976) y por Bonicatto et al (1998) en España y Argentina respectivamente con resultados satisfactorios. También fue validado en poblaciones de universitarios, adultos y adolescentes psiquiátricos ambulatorios. Moran y Lambert (1983) compararon el contenido de esta versión con el DSM-III y encontraron que solo cumplía con 6 de los 9 criterios. Esto llevó a una nueva revisión que resultó en el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II). Cuatro ítems (pérdida de peso, dificultad para trabajar, cambio en la imagen corporal y

preocupaciones somáticas) fueron eliminados y se incluyeron agitación, baja autoestima, dificultad para concentrarse y pérdida de energía. Se cambiaron dos ítems para mostrar tanto aumento como disminución en apetito y sueño. Fue desarrollada para ajustarse a los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de depresión listados en el DSM-IV. En esta versión los ítems no fueron seleccionados para reflejar ninguna teoría en particular de depresión, es más, ninguna definición de depresión se incluye en el manual del BDI-II.

Algunas investigaciones realizadas en México con el Inventario de Depresión de Beck:

- ✓ Jurado, Samuel; Villegas, María Enedina; Méndez, Lourdes; Rodríguez, Fabiola; Loperena, Verónica; Varela, Rubén. La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México / Standarization of Beck's depression inventory for Mexico City inhabitants. *Salud ment*;21(3):26-31, mayo-jun. 1998. tab.
- ✓ María del Carmen Beltrán Rodríguez, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, y Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"; Miguel Ángel Freyre, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México; Laura Hernández-Guzmán, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", México.

Descripción

La forma actual es el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II): un instrumento autoadministrado de 21 ítems, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. Tiene una duración aproximada de 10 minutos y se requiere de una escolaridad de 5° o 6° grado para entender apropiadamente las preguntas. Esta prueba tiene una buena sensibilidad (94%) y una especificidad moderada (92%) para el tamizaje de depresión en el cuidado primario, teniendo en cuenta como punto de corte para depresión 18 puntos.

Técnica de Aplicación

El cuestionario consta de 21 preguntas. El paciente debe leer cada uno de los enunciados cuidadosamente y elegir para cada uno la opción que mejor describe la forma como se ha venido sintiendo en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Debe encerrar en un círculo el número del enunciado que escogió. Si encuentra más de un enunciado que lo identifique, marca cada uno de ellos. El paciente debe leer todos los enunciados antes de elegir su respuesta.

Interpretación

Se suma el puntaje dado en cada ítem y se obtiene el total. El mayor puntaje en cada una de las 21 preguntas es de 3, y el más alto posible es 63. El puntaje

menor para toda la prueba es de cero. Se suma solo un puntaje por cada ítem, el mayor si se marcó más de uno.

La versión que se usó para la investigación fue la de Inventario de Beck (BDI). Versión adaptada por J.J. Sánchez-Sosa y A. Riveros de la estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM, marzo, 2007.

El Dr. Juan José Sánchez Sosa nació en la Ciudad de México, es Licenciado en Psicología por la UNAM. Obtuvo la Maestría y el Doctorado en Psicología y Desarrollo Humano en la Universidad de Kansas, EUA, y realizó estudios posdoctorales en la Clínica y Fundación Menninger.

Fue Director de la Facultad de Psicología en los periodos 1985-1989 y 1993-1997. Actualmente es profesor titular de la Facultad de Psicología de la UNAM, donde imparte asignaturas en la licenciatura, la maestría y el doctorado. Fue presidente fundador de la Academia Mexicana de Retroalimentación Biológica; presidente de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta y de la Academia Mexicana de Doctores. Entre otras distinciones ha recibido la medalla “Wilhelm Wundt” como conferencista magistral del Congreso Internacional de Psicología 1980, en Alemania; la Residencia “Fulbright Senior” en la Universidad de California, el Doctorado Honoris Causa por la Universidad de Ottawa, Canadá, la Cátedra Extraordinaria FES Iztacala, nivel “D”, del PRIDE de la UNAM e investigador nacional nivel III del SNI.

Durante su gestión, destaca su labor para que dentro de la Facultad se encontrara representada la pluralidad de corrientes y pensamientos.

3. Inventario Ansiedad de Beck, BAI (Anexo III)

El BAI (Beck Anxiety Inventory) fue desarrollado por Beck en 1988, **con** objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad.

Está basado en los cuestionarios Situational Anxiety Checklist (SAC), The Physician's Desk Reference Checklist (PDR) y The Anxiety Checklist (ACL).

Es un inventario autoaplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobrerrepresentado este componente. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto" 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo". La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en

alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Interpretación:

Se trata de una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. Dada su facilidad de utilización se ha recomendado su empleo (6) como screening (tamizaje) en población general.

No existen puntos de corte aceptados para distinguir entre población normal y ansiedad ni entre depresión y ansiedad. En estudios comparativos con las principales escalas de depresión y ansiedad (Inventario de depresión de Beck, escala de depresión de Hamilton, Escala de ansiedad de Hamilton, listado de pensamientos y escala de desesperanza), se han encontrado unos índices de correlación mayores con aquellas que valoran ansiedad, frente a las que valoran depresión, lo que avalaría su utilización para valorar ansiedad.

El rango de la escala es de 0 a 63. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25, y en sujetos normales 15. Somoza y cols han propuesto como punto de corte para distinguir trastorno de pánico los 26 puntos.

Propiedades psicométricas

Fiabilidad:

Posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0.30 y 0.71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0.67 a 0.93 y tras 7 semanas de 0.62.

Validez:

Tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Los coeficientes de correlación (r) con la Escala de ansiedad de Hamilton son de 0.51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0.47 a 0.58 y con la Subescala de Ansiedad del Inventario de síntomas (SCL-90R) de 0.81.

Por otra parte los coeficientes de correlación con escalas que valoran depresión, también son elevados. Con el Inventario de Depresión de Beck de 0.61 y con la Subescala de Depresión del Inventario de síntomas (SCL-90R) de 0.62.

La versión que se utilizó para la investigación fue la adaptada por J.J. Sánchez-Sosa y A. Riveros de la estandarizada por Rubén Varela Domínguez y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM, Marzo, 2007.

4. Factores Psicosociales de riesgo (Anexo IV)

Encuesta autoaplicable de 33 reactivos, con respuestas de SI/NO. Los reactivos surgen de la literatura misma y se busca tengan relación con la Escala

de Riesgo Suicida de Plutchik y con los Inventarios de Beck (BAI/BDI). Se divide en siete factores: Insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas, patrones inadecuados de educación y crianza, ambiente frustrante, sexualidad mal orientada, inadecuado ambiente familiar, abandono escolar y laboral, y factores sociales. Realizada en marzo del 2013 por Paola Trejo Torres y Liliana Mey Len Rivera Fong.

Existe una correlación significativa entre la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y los Factores Psicosociales de riesgo, ésta correlación es de .506. La correlación que existe entre los Factores Psicosociales de riesgo y el inventario de Ansiedad de Beck (BAI) es de .531, también es significativa. Y por último, la correlación que existe entre el inventario de Depresión de Beck (BDI) y la encuesta de los Factores Psicosociales de riesgo es significativa en .517. Por lo tanto, se cumple con lo que se buscaba, hay una correlación positiva en La Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y los inventarios de Beck (BAI, BDI) con la encuesta de Factores Psicosociales de riesgo.

Capítulo V: Análisis de Resultados

Tabla 1.

Estadísticos descriptivos de los inventarios de Beck (BDI, BAI), escala de Riesgo Suicida de Plutchik, y de la encuesta de Factores Psicosociales de Riesgo.

	N	Mínimo	Máximo	Suma	Media	Desv. típ.
SumBDI	224	.00	40.00	1547.00	6.9062	7.44457
SumBAI	225	.00	53.00	2190.00	9.7333	9.25820
SumRS	225	.00	15.00	683.00	3.0356	2.86895
SumFP	225	12.00	33.00	4319.00	19.1956	2.79620
N válido (según lista)	224					

Fuente. Elaboración propia basada en encuestas.

La tabla muestra los estadísticos que se obtuvieron en la realización de los inventarios por los alumnos de nivel bachillerato de la Universidad Latina Campus Sur (CCH). Donde se evaluaron a 225 estudiantes.

Tabla 2.

Correlaciones en los inventarios de Beck (BDI, BAI) y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

			sumBDI	sumBAI	sumRS
Rho de Spearman	sumBDI	Coefficiente de correlación	1.000	.631**	.593**
		Sig. (bilateral)	.	.000	.000
		N	224	224	224
	sumBAI	Coefficiente de correlación	.631**	1.000	.638**
		Sig. (bilateral)	.000	.	.000
		N	224	225	225
	sumRS	Coefficiente de correlación	.593**	.638**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.000	.
		N	224	225	225

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente. Elaboración propia arrojada por los inventarios de Beck y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

Tal como muestra la tabla 2, hay una correlación significativa entre los inventarios de Beck y la escala de riesgo Suicida de Plutchik. Esta correlación fue obtenida por el nivel de medición de Spearman, mostrando que el nivel de ansiedad y depresión se relacionan con el riesgo suicida. Se menciona que es una correlación significativa y confiable debido a que sus resultados son menores a 1.0. Cabe resaltar que, aunque existe relación en las tres encuestas, el inventario que más se relaciona con la Escala de Riesgo Suicida es el de ansiedad (BAI).

Tabla 3.

Estadísticos descriptivos por sexo de los inventarios de Beck (BAI, BDI) y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
sumBDI	224	6.9063	7.44457	.00	40.00
sumBAI	225	9.7333	9.25820	.00	53.00
sumRS	225	3.0356	2.86895	.00	15.00
Sexo	225	1.4978	.50111	1.00	2.00

La tabla 3 muestra los estadísticos descriptivos por sexo de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y de los inventarios de Beck (BAI, BDI). En la tabla se observa la media y la desviación típica de cada una de las encuestas de los 225 participantes de la Universidad Latino Campus Sur nivel bachillerato (CCH).

Tabla 4.

Prueba de Mann-Whitney

Rangos de la escala de Riesgo suicida de Plutchik y los inventarios de Beck (BAI, BDI), por sexo.

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
sumBDI	Femenino	113	116.95	13215.50
	Masculino	111	107.97	11984.50
	Total	224		
sumBAI	Femenino	113	119.86	13544.50
	Masculino	112	106.08	11880.50
	Total	225		
sumRS	Femenino	113	112.85	12752.00
	Masculino	112	113.15	12673.00
	Total	225		

La tabla 4 muestra los Rangos de la escala de Riesgo suicida de Plutchik y los inventarios de Beck (BAI, BDI), por sexo (masculino - femenino) de los participantes. Se observa una diferencia entre ambos sexos, sin embargo no existe diferencia significativa, esto puede ser a que la población no es una muestra clínica o es una muestra muy corta.

Tabla 5.

Estadísticos de contraste^a por sexo de los inventarios de Beck (BAI, BDI) y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

	sumBDI	sumBAI	sumRS
U de Mann-Whitney	5768.500	5552.500	6311.000
W de Wilcoxon	11984.500	11880.500	12752.000
Z	-1.043	-1.591	-.035
Sig. asintót. (bilateral)	.297	.112	.972

a. Variable de agrupación: sexo

La tabla 5 muestra los estadísticos de contraste por sexo de los inventarios de Beck (BAI, BDI) y la escala de Riesgo suicida de Plutchik. En ésta tabla se explica lo que arroja la tabla 4, nos muestra que, a pesar de que se ve que si existe una diferencia entre sexos, no la hay debido a que no es significativa ya que los resultados se encuentran por debajo de la media.

Tabla 6.
Frecuencias de Factores Psicosociales de riesgo.

	sumFP	sumF1	sumF2	sumF3	sumF4	sumF5	sumF6	sumF7
N Válidos	225	225	225	225	225	225	225	225
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	7.2844	.3289	1.5378	.4889	.5778	.5600	.2978	3.4933
Error típ. de la media	.28389	.04535	.08682	.05459	.05891	.05798	.04010	.13110
Mediana	7.0000	.0000	1.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	3.0000
Moda	3.00	.00	1.00	.00	.00	.00	.00	2.00
Desv. típ.	4.25829	.68028	1.30235	.81892	.88360	.86973	.60152	1.9665 1
Rango	23.00	3.00	5.00	3.00	5.00	3.00	3.00	9.00
Mínimo	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
Máximo	23.00	3.00	5.00	3.00	5.00	3.00	3.00	9.00
Suma	1639.00	74.00	346.00	110.00	130.00	126.00	67.00	786.00

La tabla 6 muestra la frecuencia de datos de la encuesta de Factores Psicosociales de riesgo, la manera general y la de cada factor, en los 225 participantes de nivel bachillerato (CCH) de la Universidad Latina Campus Sur.

Tabla 7.

Tabla de frecuencias de Factores Psicosociales de Riesgo.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos .00	2	.9	.9	.9
1.00	6	2.7	2.7	3.6
2.00	14	6.2	6.2	9.8
3.00	26	11.6	11.6	21.3
4.00	22	9.8	9.8	31.1
5.00	25	11.1	11.1	42.2
6.00	15	6.7	6.7	48.9
7.00	16	7.1	7.1	56.0
8.00	19	8.4	8.4	64.4
9.00	16	7.1	7.1	71.6
10.00	14	6.2	6.2	77.8
11.00	13	5.8	5.8	83.6
12.00	12	5.3	5.3	88.9
13.00	5	2.2	2.2	91.1
14.00	6	2.7	2.7	93.8
15.00	2	.9	.9	94.7
16.00	4	1.8	1.8	96.4
17.00	5	2.2	2.2	98.7
19.00	2	.9	.9	99.6
23.00	1	.4	.4	100.0
Total	225	100.0	100.0	

La tabla 7 muestra la frecuencia de los factores psicosociales de riesgo en los 225 participantes. Para entender esta tabla, a continuación se explicaran en cada uno de los factores de la encuesta.

Tabla 8.

La sumatoria del factor uno. Insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	176	78.2	78.2	78.2
	1.00	26	11.6	11.6	89.8
	2.00	21	9.3	9.3	99.1
	3.00	2	.9	.9	100.0
	Total	225	100.0	100.0	

Fuentes. Elaboración propia basada en la encuesta de Factores Psicosociales de Riesgo.

La tabla 8 muestra la presencia de insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas en la que los participantes se encuentran. 176 participantes tuvieron ausencia de éste factor. 26 de ellos informaron que pertenecen a un grupo de amigos y que se sienten apoyados por el grupo al que pertenecen. Mientras tanto, 21 participantes indican que el grupo le pide hacer cosas que no quiere. Dos de los participantes hacen cosas que no quieren por pertenecer a su grupo.

Tabla 9.

Sumatoria del factor dos. Patrones inadecuados de educación y crianza.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	57	25.3	25.3	25.3
	1.00	64	28.4	28.4	53.8
	2.00	56	24.9	24.9	78.7
	3.00	27	12.0	12.0	90.7
	4.00	16	7.1	7.1	97.8
	5.00	5	2.2	2.2	100.0
	Total	225	100.0	100.0	

La tabla 9 indica que 57 participantes tuvieron ausencia en el factor dos de los patrones inadecuados de educación y crianza. En tanto que, 64 de ellos informan que sus padres toman decisiones sobre ellos sin consultárselos. Mientras 56 de los participantes mencionan que la comunicación con sus padres es buena. 27 informan que sus padres son autoritarios. 16 participantes indican que sus padres los agreden. Y, por último, en éste factor, 5 de ellos dicen que las reglas de su papá y su mamá son diferentes.

Tabla 10.

Factor tres. Ambiente frustrante.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos .00	153	68.0	68.0	68.0
1.00	43	19.1	19.1	87.1
2.00	20	8.9	8.9	96.0
3.00	9	4.0	4.0	100.0
Total	225	100.0	100.0	

La tabla 10 indica los resultados del factor tres, 153 de los participantes mencionan no tener ambiente frustrante. 43 de ellos mencionan recibir manifestaciones de afecto por parte de sus padres. 20 se sienten motivados por sus padres. Mientras que nueve de ellos consideran la opinión de sus padres cuando se encuentran en una situación problemática.

Tabla 11.

Sumatoria factor cuatro. Sexualidad mal orientada.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos .00	136	60.4	60.4	60.4
1.00	61	27.1	27.1	87.6
2.00	20	8.9	8.9	96.4
3.00	4	1.8	1.8	98.2
4.00	3	1.3	1.3	99.6
5.00	1	.4	.4	100.0
Total	225	100.0	100.0	

Tabla 11 muestra la sumatoria del factor cuatro. 136 participantes indican no tener una sexualidad mal orientada y que en casa, pueden tratar temas relacionados con la sexualidad. 61 de ellos mencionan conocer los métodos anticonceptivos. 20 participantes tienen conocimiento de enfermedades de transmisión sexual. 4 participantes conocen los factores de riesgo y económicos que conlleva un embarazo no planeado. 3 de ellos mencionan tener múltiples parejas. Un participante indica tener planes a futuro.

Tabla 12.

Sumatoria factor cinco. Inadecuado ambiente familiar.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos .00	147	65.3	65.3	65.3
1.00	39	17.3	17.3	82.7
2.00	30	13.3	13.3	96.0
3.00	9	4.0	4.0	100.0
Total	225	100.0	100.0	

Tabla 12 muestra el factor cinco, nos indica que 147 de los participantes menciona no tener un inadecuado ambiente familiar. 39 de ellos consideran que su núcleo familiar es estable. 30 mencionan que existen reglas a seguir en su casa. Y 9 indican que en casa, todos se respetan.

Tabla 13.

Factor seis. Abandono escolar y laboral.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos .00	173	76.9	76.9	76.9
1.00	39	17.3	17.3	94.2
2.00	11	4.9	4.9	99.1
3.00	2	.9	.9	100.0
Total	225	100.0	100.0	

La tabla muestra el factor seis. Donde 173 de los participantes indican no abandonar la escuela y/o el trabajo. 39 de ellos conocen sus principales fortalezas en la escuela. Once participantes asumen las consecuencias de sus actos en la escuela y/o trabajo. Dos mencionan ser personas responsables.

Tabla 14.
Factor siete. Sociales.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos .00	2	.9	.9	.9
1.00	32	14.2	14.2	15.1
2.00	57	25.3	25.3	40.4
3.00	26	11.6	11.6	52.0
4.00	40	17.8	17.8	69.8
5.00	40	17.8	17.8	87.6
6.00	5	2.2	2.2	89.8
7.00	15	6.7	6.7	96.4
8.00	5	2.2	2.2	98.7
9.00	3	1.3	1.3	100.0
Total	225	100.0	100.0	

La tabla 14 muestra el último de los factores, los sociales. Dos participantes mencionan tener ausencia de éste factor. 32 de ellos indican conocer alguna persona que se haya quitado la vida. 57 informan que algún familiar se autolesiona. 26 participantes conviven con algún familiar depresivo. 40 de ellos tienen familiares con problemas de alcoholismo. A 40 participantes les resulta difícil identificar lo que sienten. 5 de ellos evitan decir lo que les molesta para no tener problemas. 15 se preocupan demasiado por los problemas de los demás. 5 mencionan que en su familia existen problemas económicos. Y 3 de los participantes indican aportar dinero para los gastos de su casa.

Tabla 15.

Correlaciones de los inventarios de Beck (BAI, BDI), la escala de Riesgo Suicida de Plutchik, y la encuesta de Factores Psicosociales de Riesgo.

			sumFP	sumBDI	sumBAI	sumRS
Rho de Spearman	sumFP	Coeficiente de correlación	1.000	.517**	.531**	.506**
		Sig. (bilateral)	.	.000	.000	.000
		N	225	224	225	225
	sumBDI	Coeficiente de correlación	.517**	1.000	.631**	.593**
		Sig. (bilateral)	.000	.	.000	.000
		N	224	224	224	224
	sumBAI	Coeficiente de correlación	.531**	.631**	1.000	.638**
		Sig. (bilateral)	.000	.000	.	.000
		N	225	224	225	225
	sumRS	Coeficiente de correlación	.506**	.593**	.638**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.
		N	225	224	225	225

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tal como muestra la tabla 15, hay una correlación significativa entre los inventarios de Beck (BAI, BDI), la escala de Riesgo Suicida de Plutchik, y la encuesta de Factores Psicosociales de Riesgo. Como se había mencionado en la tabla 2, la correlación más significativa entre las encuestas es la del inventario de ansiedad (BAI) y la escala de Riesgo Suicida. La diferencia entre la tabla 2 y la 15, es que en ésta se incluye la correlación de los Factores psicosociales de riesgo con los inventarios de Beck (BAI, BDI) y la escala de Riesgo Suicida de Plutchik. Se indica una correlación significativa moderada en los factores psicosociales de riesgo con los inventarios y la escala.

Tabla 16.

Correlaciones en la escala de Riesgo Suicida y los factores psicosociales de riesgo.

			sumRS	sumF1	sumF2	sumF3	sumF4	sumF5	sumF6	sumF7
Rho de Spearman	sumRS	Coefficiente de correlación	1.000	.151 [*]	.287 ^{**}	.165 [*]	.270 ^{**}	.358 ^{**}	.284 ^{**}	.437 ^{**}
		Sig. (bilateral)	.	.024	.000	.013	.000	.000	.000	.000
		N	225	225	225	225	225	225	225	225
	sumF1	Coefficiente de correlación	.151 [*]	1.000	.055	.129	.249 ^{**}	.093	.180 ^{**}	.142 [*]
		Sig. (bilateral)	.024	.	.408	.053	.000	.163	.007	.034
		N	225	225	225	225	225	225	225	225
	sumF2	Coefficiente de correlación	.287 ^{**}	.055	1.000	.275 ^{**}	.198 ^{**}	.333 ^{**}	.215 ^{**}	.341 ^{**}
		Sig. (bilateral)	.000	.408	.	.000	.003	.000	.001	.000
		N	225	225	225	225	225	225	225	225
	sumF3	Coefficiente de correlación	.165 [*]	.129	.275 ^{**}	1.000	.266 ^{**}	.304 ^{**}	.226 ^{**}	.121
		Sig. (bilateral)	.013	.053	.000	.	.000	.000	.001	.071
		N	225	225	225	225	225	225	225	225
	sumF4	Coefficiente de correlación	.270 ^{**}	.249 ^{**}	.198 ^{**}	.266 ^{**}	1.000	.056	.246 ^{**}	.149 [*]
		Sig. (bilateral)	.000	.000	.003	.000	.	.400	.000	.025
		N	225	225	225	225	225	225	225	225
	sumF5	Coefficiente de correlación	.358 ^{**}	.093	.333 ^{**}	.304 ^{**}	.056	1.000	.286 ^{**}	.372 ^{**}
		Sig. (bilateral)	.000	.163	.000	.000	.400	.	.000	.000
		N	225	225	225	225	225	225	225	225
	sumF6	Coefficiente de correlación	.284 ^{**}	.180 ^{**}	.215 ^{**}	.226 ^{**}	.246 ^{**}	.286 ^{**}	1.000	.217 ^{**}
		Sig. (bilateral)	.000	.007	.001	.001	.000	.000	.	.001
		N	225	225	225	225	225	225	225	225
	sumF7	Coefficiente de correlación	.437 ^{**}	.142 [*]	.341 ^{**}	.121	.149 [*]	.372 ^{**}	.217 ^{**}	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.034	.000	.071	.025	.000	.001	.
		N	225	225	225	225	225	225	225	225

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 16 hace referencia a la correlación que existe entre la escala de Riesgo Suicida con cada uno de los factores psicosociales de riesgo. Todos los factores muestran una correlación significativa con la escala de Riesgo Suicida. El objetivo general es identificar los factores psicosociales asociados al riesgo suicida en los adolescentes de nivel bachillerato de la Universidad Latina Campus Sur, por lo tanto, en la tabla muestra que el factor que se asocia más al riesgo suicida es el factor siete, los factores sociales. Siguiendo el factor cinco de inadecuado ambiente familiar. Posterior el factor dos, patrones inadecuados de educación y crianza. El factor seis, abandono escolar y laboral, como cuarto factor asociado al riesgo suicida. Y en quinto lugar, el factor cuatro sexualidad mal orientada. El factor tres (ambiente frustrante) y el uno (insatisfacción por las necesidades psicológicas básicas) también muestran correlación significativa, pero éstas no son tan fuertes como las cinco anteriores que se apegan al riesgo suicida en los adolescentes.

Discusión

Una de las limitaciones que se encontraron en la investigación, es que, debido a que la población no es clínica, o la muestra es muy corta, no hay diferencia significativa en el riesgo suicida en función del sexo de los participantes.

A pesar de que en algunos estudios, como el de “Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora” (Cubillas, María y cols., 2012), muestran que las mujeres son las que presentan mayor incidencia de comportamiento suicida, no debemos dejar de lado que los varones son, de igual manera, vulnerables a cometer dicho acto. Llegando a tener éstos, mayor número de suicidios consumados (INEGI, 2011).

Al encontrarse una correlación positiva en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y los inventarios de Beck (BAI, BDI), con la Encuesta de Factores Psicosociales de riesgo, ésta encuesta puede ser utilizada en futuras investigaciones.

Propongo proporcionar información precisa y completa sobre los intentos de suicidio y los suicidios en las Instituciones de salud y dependencias del gobierno encargadas de recolectar este tipo de información para movernos todos dentro de parámetros equivalentes; Reforzar la calidad educativa y la permanencia de programas que proporcionen a los alumnos, herramientas para resolver problemas de su vida propia y del contexto en que les tocó vivir en el sistema de educación básica (preescolar, primaria y secundaria); Capacitar a maestros a

detectar signos de alarma relativos a niños cercanos a una idea de suicidio; Intensificar el trabajo de Escuela para Padres en todas las instituciones educativas con la finalidad de mejorar la comunicación entre padres e hijos; Adoptar políticas y estrategias de prevención para evitar el uso indebido del alcohol, las drogas y otras sustancias adictivas entre los niños y los adolescentes; Desarrollar actividades que fomenten el sentimiento de identidad y pertenencia a la escuela y la comunidad; Que los medios masivos, a partir de su poder para influir en el pensamiento de la población, conlleven una gran responsabilidad social y se sumen al esfuerzo común para contar con una población informada y educada sobre el problema del suicidio; Recomendar e iniciar un plan de acción, ser directivo y actuar de forma inmediata, y ; Detectar y atender a los estudiantes que presenten signos de alteración emocional, siendo necesario que cada escuela cuente con un Psicólogo de planta, que se dedique específicamente al asesoramiento y canalización de niños con problemas (médicos, de aprendizaje y/o psicológicos).

Finalmente es de suma importancia el reconocimiento de la depresión en el adolescente, pues son más propensos a realizar intentos de suicidio que los adultos en condiciones similares. Existen muchas interrogantes relacionadas con el comportamiento suicida y es imprescindible, si se desea prevenir esta conducta, que las preguntas que hagan, principalmente los adolescentes sean respondidas correctamente y se eviten mitos o creencias erróneas que conspiran contra la prevención del suicidio.

Conclusiones

En este estudio sobre factores psicosociales asociados al riesgo suicida en adolescentes, en una muestra de 225 participantes de nivel bachillerato (CCH) de la Universidad Latina Campus Sur, se encontró que sí existe una relación en los factores psicosociales de riesgo con el riesgo suicida. El factor social mostró ser el más asociado con el riesgo suicida, teniendo una correlación significativa de .437. Siguiendo de éste el factor de inadecuado ambiente familiar con una significancia de .358.

Así mismo, se evaluó la relación de los síntomas depresivos y ansiosos con el riesgo suicida en los participantes, donde se encontró que sí existe correlación de estos síntomas con el riesgo suicida. Teniendo más significancia el síntoma ansioso (.631) para el riesgo suicida en los participantes. El síntoma depresivo obtuvo una significancia de .593 con el riesgo suicida en los 225 participantes.

A pesar de que no es una muestra significativa o clínica, se logra encontrar que sí existe relación en los factores psicosociales y el riesgo suicida en los adolescentes.

Se obtiene una diferencia entre ambos sexos, sin embargo no existe diferencia significativa, esto se debe, como ya se había mencionado, a que no es una muestra clínica o que es una muestra muy corta.

El presente estudio permitió establecer la relación existente entre los factores psicosociales y el riesgo suicida en los adolescentes, dos categorías que son de mucha relevancia en esta etapa de desarrollo, y que deberían de ser estudiadas

simultáneamente en México para hallar los factores psicosociales que llevan a un adolescente a cometer una conducta suicida. Esperando que esta investigación sirva de preámbulo para otros trabajos que se dirigen a dicho estudio.

Referencias

Almonte, C. (2003). Conducta suicida en la niñez y la adolescencia. En

Almonte, C., Montt, M. & Correa, A. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile. Pp. 507-522

Altamirano, P. (1995). Comportamiento suicida en la adolescencia. *Pediatría al día*. pp. 31-33

Amezquita M, G. R. (2008). Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8°, 9°, 10° y 11° grado, en ocho colegios oficiales de Manizalez. *Hacia la promoción de la salud*, 143-153. Colombia.

Borges G, Rosovsky H, Gómez C, Gutiérrez R. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Publica Mex* 1996;38:197-206.

Cañón, S. (2011). Factores de riesgo asociados a Conducta Suicida en Niños y Adolescentes. Recuperado de:

[http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medici
na/html/publicaciones/edicion_11-1/8_factores.pdf](http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medici
na/html/publicaciones/edicion_11-1/8_factores.pdf), octubre2013.

Christensen, C. (1995). Intencionalidad suicida. Trabajo de tesis. Universidad
del Aconcagua, Facultad de Psicología.

Committee on Adolescence (1996). Adolescent suicide. Report No.140.
Washington DC; American Psychiatric Press Inc.

Durkheim, E. (1995). El suicidio. Madrid. Akal.

Farré. (sin fecha). Enciclopedia de la Psicología. (Tomo 9), 19-20.

Flores, C. M. (2010, marzo). ENUMENET. Recuperado de:

<http://www.eumed.net/rev/cccss/07/cmnf2.htm./1ºmayo2013>

Fu, Q.; Heath, A.C.; Bucholz, K.K.; Nelson, E.C.; Glowinski, A.L.; et al. (2002) A
twin study of genetic and environmental influences on
suicidality in men. Psychological Medicine, pp. 32, 11–24.

González, E. L. (2009). Psicología General (2° ed.). México, D.F.: Patria.

Guilherme Borges, R. O.-M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: Retrospectiva y situación actual. *Salud Pública México*, 292-304.

Gmitrowicz, A.; Kolodziej-maciejewska, H. (2001). Dysfunction of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in adolescents after a suicide attempt. *Psychiatr Pol*, pp. 35, 5, 803-818.

Herrera, P. (199). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Rev Cubana Pediatr* v.71 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 1999 Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/scielo.php-18febrero2014>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud. México; 2011. <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2011/juventud0.doc>. 7 noviembre 2013

Jenkins RR. The epidemiology of adolescent health problems. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 18th Ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier, y 2007: chap 110.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/>.5diciembre2013

Kurt Lewin (1976). Teorías de la Adolescencia, Rolf E. Muuss, Ed. Paidós,

Leal, R. A. y Vásquez, L. E.(2012). Ideación suicida en adolescentes

cajamarquinos prevalencia y factores asociados.Peru.

Mardomingo, M. (1998). Los intentos de suicidio. En Rodríguez, J.

Psicopatología del niño y del adolescente. 2ª ed, pp.709-

714. Tomo I. Sevilla. Universidad de Sevilla.

Maris, R.; Berman, A.; Silverman, M. (2000). Comprehensive Textbook of

Suicidology. The Guilford Press. New York.

Nava Flores, C.M.(2010) Conducta suicida en jóvenes, en Contribuciones a las

Ciencias Sociales, marzo 2010, Recuperado de:

www.eumed.net/rev/cccss/07/cmnf2.htm/9octubre 2013

OMS (2000). Información mundial sobre violencia y salud. OMS. Ginebra.

Capítulo 7 .Violencia Autoinflingida. Extraído el 5 de Julio

del 2013 de:

http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_7.pdf

OMS (2001). Prevención del suicidio: Instrumentos para docentes y demás

personal institucional. Departamento de Salud Mental y

Toxicomanías, Trastornos Mentales y Cerebrales. Ginebra.

OMS.

OMS. (2004)El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo

prevenible, según la OMS. Día Mundial para la Prevención

del Suicidio - 10 de Agosto 2013 de:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>

Organización Panamericana de la Salud (2003). Informe mundial sobre la

violencia y la salud. Publicación Científica y Técnica N° 588.

Extraído el 17 de diciembre 2013, de www.pahoo.org.

Orthopsychiatr, Rutter M. Am J.(1987) «Psychosocial resilience and protective mechanism.» 1987: 57. PMID: 3303954 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Pablo Pascual Pascual, A. V. (2005). El Paciente Suicida. Guías Clínicas, 1-3
Pascual Pascual, P.; Villena Ferrer, A.; Morena Rayo, S.; Téllez Lapeira, J.M.;

López García, C. (2005). El paciente suicida. Guías clínicas, 5, 38, 1-3.

Pedreira, J. (1998). Las conductas suicidas en la infancia y la adolescencia. En Rodríguez, J. Psicopatología del niño y del adolescente. 2ª ed.pp.689-708. Tomo I. Sevilla. Universidad de Sevilla.

Pfeffer, C. (1985). Self- destructive behavior in children and adolescents. Psychiatric Clinics of North Americ, pp. 215-226.

Psicoam (7 abril 2010). Recuperado de:

<http://psicoam.blogspot.mx/2010/04/suicidio-parte-1->

[definicion-y-estudio.html](http://psicoam.blogspot.mx/2010/04/suicidio-parte-1-definicion-y-estudio.html), Psicoam. 18 de abril de 2013

R., Larson. (1988) «The junior high school theme as an adolescent rite of passage. J Youth Adolesc .» , 1988: 17.

Rica, Arce LM.(1995). Conflictos en la evolución del adolescente. Teoría y metodología para la intervención en familias. Universidad Nacional de Costa, y 1995:94-8.

Rica, Arce LM.(1995) Dinámica familiar con hijos adolescentes. Teoría y metodología para la intervención en familia. Universidad Nacional de Costa, y 1995:89-93.

Sidley, L.G. (2001). Parasuicide. In Treating Complex Cases. The Cognitive Behavioural Therapy Approach. Tarrier Nicholas, Wells Adrian, Haddock Gillian. (eds.) Wiley, pp. 272-275.

Sublette, M.E.; Hibbeln, J.R.; Galfalvy, H.; Oquendo, M.A.; Mann, J.J. (2006). Omega-3 polyunsaturated essential fatty acid status as a predictor of future suicide risk. American Journal of Psychiatry, pp. 163, 6, 1100-1102.

Teraiza, E.; Meza, R. (2009). Factores psicosocioculturales y neurobiológicos de la conducta suicida: Artículo de revisión.<http://www.psiquiatria.com>,13 enero 2014

Ulloa, F. (1993). Tentativas y consumación de suicidio en niños y adolescentes.

Rev. Chilena de Pediatría, pp. 272-276

Ulloa, F. (1994). Prevención del suicidio en niños y adolescentes. Rev. Chilena

de Pediatría, pp. 178-183

Valverde, O. et al. (2002). Toques para estar en todas: módulo socioeducativo

para el fortalecimiento de conductas protectoras y la

prevención de conductas de riesgo en los y las adolescentes.

PAIA, CCSS. Costa Rica.

Vallejo Ruiloba, J. (2005). Psiquiatría en atención primaria. Ars médica, pp.

280-281

Van Heeringen, K. (2003). The neurobiology of suicide and

suicidality, Canadian Journal of Psychiatry, pp. 48, 5, 289-

291.

Veveřa J. (2006). Cholesterol, violence and suicide--history of errors. Cas Lek

Cesk, pp.145, 2, 118-122.

Wiilour, V.L.; Zandi, P.P.; Badner, J.A.; Steele, J.; Miao, K.;López, V.;
Mackinnon, D.F.; Mondimore, F.M.; Schweizer, B.; Mcinnis,
M.G.; Miller,, E.B.; DePaulo, R.; Gershon, E.S.; McMahon,
F.J.; Potash, J.B. (2007). Attempted Suicide in Bipolar
Disorder Pedigrees: Evidence for Linkage to
2p12. Biological Psychiatry, pp.61, 5, 725-727.

II. INVENTARIO DE BECK, BDI

Inventario de Beck (BDI). Versión adaptada por J.J. Sánchez-Sosa y A. Riveros de la estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM, marzo, 2007.

Instrucciones:

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente, después escoja de cada grupo la oración que mejor describa la forma en que se SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Encierre en un círculo esa oración. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, encierre en un círculo cada una. **Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.**

1.	No me siento triste	Me siento triste	Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo	Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
2.	En general veo alentador el futuro	Me siento desalentado(a) por mi futuro	No le veo esperanza a mi futuro	Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no van a mejorar

3.	No me siento fracasado(a)	Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas	Al repasar mi vida todo lo que veo son fracasos	Siento que soy un completo fracaso como persona
4.	Ahora obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes	No disfruto de las cosas como antes lo hacía	Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada	Estoy insatisfecho(a) y hastiado(a) de todo
5.	En realidad no me siento culpable	Me siento culpable por cosas que he hecho o dejé de hacer	Me siento culpable la mayor parte del tiempo	Me siento culpable todo el tiempo
6.	No me siento castigado(a)	Siento que tal vez seré castigado(a)	Siento que voy a resultar castigado(a)	Me siento castigado(a)
7.	No me siento desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy fastidiado(a) conmigo mismo(a)	Yo no me soporto

8.	No creo ser peor que otras personas	Me critico a mí mismo(a) por mis debilidades o errores	Me culpo todo el tiempo por mis fallas	Me culpo por todo lo malo que sucede
9.	No tengo pensamientos suicidas	Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo	Me gustaría suicidarme	Me suicidaría si tuviera la oportunidad
10.	No lloro más de lo usual	Ahora lloro más que antes	Actualmente lloro todo el tiempo	Siento ganas de llorar pero no puedo
11.	No estoy más irritable de lo usual	Me enojo o irrito más fácilmente que antes	Me siento irritado(a) todo el tiempo	Ya no me irritan las cosas que antes me irritaban
12.	No he perdido el interés en la gente	Estoy menos interesado(a) en la gente que antes	He perdido en gran medida el interés en la gente	He perdido todo el interés en la gente
13.	Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho	Pospongo tomar decisiones más que antes	Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes	Ya no puedo tomar decisiones

14	No siento que me vea peor que lo normal	Me preocupa verme viejo(a) o poco atractivo(a)	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)	Creo que me veo feo(a)
15	Puedo trabajar tan bien como antes	Requiero esforzarme más para empezar algo	Tengo que obligarme para hacer algo	Yo no puedo hacer ningún trabajo
16	Puedo dormir tan bien como antes	Ya no duermo tan bien como antes	Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir	Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volverme a dormir
17	Yo no me canso más de lo habitual	Me canso más fácilmente que antes	Con cualquier cosa que haga, me canso	Estoy muy cansado(a) para hacer cualquier cosa
18	Mi apetito no es peor de lo normal	Mi apetito no es tan bueno como antes	Mi apetito está muy mal ahora	No tengo apetito de nada

19	No he bajado mucho de peso últimamente	He bajado más de dos kilos	He bajado más de cinco kilos	He bajado más de ocho kilos
----	--	----------------------------	------------------------------	-----------------------------

20. **A propósito** estoy tratando de perder peso comiendo menos. SI _____, NO _____.

21.	No estoy más preocupado(a) por mi salud que antes	Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores, malestar estomacal o gripa	Estoy muy preocupado(a) por mis problemas físicos y me da trabajo pensar en algo más	Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
22.	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que estaba	Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora	He perdido completamente el interés por el sexo

III. INVENTARIO DE BECK, BAI

Inventario de Beck (BAI). Versión adaptada por J.J. Sánchez-Sosa y A. Riveros de la estandarizada por Rubén Varela Domínguez y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM, Marzo, 2007.

Instrucciones:

La siguiente es una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación e indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante *la última semana, incluyendo el día de hoy*, encerrando en un círculo la frase correspondiente a la intensidad de la molestia

Síntoma

1. Entumecimiento, hormigueo.

Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
-------------	-------------	---------------	-------------

2. Sentir oleadas de calor (bochorno).

Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
-------------	-------------	---------------	-------------

3. Debilitamiento de las piernas.

Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
-------------	-------------	---------------	-------------

4. Dificultad para relajarse.

Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
-------------	-------------	---------------	-------------

5.	Miedo a que pase lo peor.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
6.	Sensación de mareo.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
7.	Opresión en el pecho, o latidos acelerados.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
8.	Inseguridad.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
9.	Terror.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
10.	Nerviosismo.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
11.	Sensación de ahogo.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
12.	Manos temblorosas.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
13.	Cuerpo tembloroso.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente

14.	Miedo a perder el control.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
15.	Dificultad para respirar.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
16.	Miedo a morir.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
17.	Asustado.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
18.	Indigestión o malestar estomacal	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
19.	Debilidad	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
20.	Ruborizarse, sonrojamiento.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
21.	Sudoración (no debida al calor).	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente

IV. FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO

Factor I: Insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas.

	SI	NO
1) Pertenece a un grupo de amigos		
2) El grupo te pide hacer cosas que tú no quieres		
3) Has hecho cosas que no quieres por pertenecer a tu grupo		
4) Te sientes apoyado por tu grupo		

Factor II: Patrones inadecuados de educación y crianza.

	SI	NO
1) Tus padres toman decisiones sobre ti sin consultarte		
2) Consideras que la comunicación con tus padres es buena		
3) Consideras que tus padres son autoritarios		
4) Tus padres te agreden		
5) Las reglas de tu papá y t mamá son diferentes		

Factor III: Ambiente frustrante.

	SI	NO
1) Recibes manifestaciones de afecto por parte de tus padres		
2) Eres motivado por tus padres		
3) Consideras la opinión de tus padres cuando te encuentras en una situación problemática		

Factor IV: Sexualidad mal orientada.

	SI	NO
1) En casa, puedes tratar temas relacionados con sexualidad		
2) Conoces los métodos anticonceptivos		
3) Tienes conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual		
4) Conoces los factores de riesgo y económicos que conlleva un embarazo no planeado		
5) Tienes múltiples parejas		
6) Tienes planes a futuro		

Factor V: Inadecuado ambiente familiar.

	SI	NO
1) Consideras que tu núcleo familiar es estable		
2) Existen reglas a seguir en casa		
3) En casa, todos se respetan		

Factor VI: Abandono escolar y laboral.

	SI	NO
1) Conoces tus principales fortalezas en la escuela		
2) Asumes las consecuencias de tus actos en la escuela		
3) Eres una persona responsable		

Factor VII: Sociales.

	SI	NO
1) Conoces alguna persona que se haya quitado la vida		
2) Algún familiar se autolesiona		
3) Convives con algún familiar depresivo		
4) Tienes familiares con problemas de alcoholismo		
5) Te resulta difícil identificar lo que sientes		
6) Para no tener problemas evitas decir lo que te molesta		
7) Te preocupas demasiado por los problemas de los demás		
8) En tu familia existen problemas económicos		
9) Aportas dinero a los gastos de tu casa.		