



UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ESTUDIO DEL RIESGO DE SUICIDIO
EN ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS
DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY:
IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS ASOCIADOS

**Tesis previa a la obtención
del título de Psicólogo Clínico**

Autores:
SANTIAGO CORDERO TAPIA
PABLO TAPIA CUZCO

Director:
Mst. GERARDO PEÑA CASTRO

Cuenca, Ecuador
2009

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
--------------------------	----------

CAPITULO 1

EL SUICIDIO

1.1 DEFINICIÓN DE SUICIDIO.....	4
1.1.1 Clasificaciones del suicidio.....	5
1.2 TEORÍAS EXPLICATIVAS SOBRE EL SUICIDIO.....	9
1.2.1 Teoría biológica del suicidio.....	9
1.2.2 Teoría genética (hereditaria) del suicidio.....	10
1.2.3 Teorías psicológicas del suicidio.....	11
1.2.4 Modelo sociológico	12
1.3 CAUSAS DE SUICIDIO, FACTORES ASOCIADOS MÁS COMUNES...13	
1.3.1 Género y edad, adolescencia.....	13
1.3.2 Disfunción familiar.....	17
1.3.3 Depresión.....	17
1.3.4 Ansiedad.....	20
1.3.5 Problemas de conducta.....	21
1.3.6 Alcohol, consumo, abuso y dependencia.....	21
1.4 CONCLUSIÓN.....	23

CAPITULO 2
ESTUDIO DEL RIESGO DE SUICIDIO Y FACTORES ASOCIADOS
ESTUDIO DE CAMPO

2.1 METODOLOGÍA

2.1.1 Adaptación lingüística del test ISO 30 y posterior aplicación a grupos piloto.....24

2.1.2 Esquematización y formulación de la encuesta sobre los riesgos asociados a partir de los criterios diagnósticos del DSM IV.....29

2.1.3 Conocimiento general, adaptación a la planificación de acuerdo a la disponibilidad de la institución y a la de los alumnos.....30

2.1.4 Criterios para la utilización de las herramientas para la recolección de datos.....31

2.2 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....39

2.2.1 Resultados generales.....39

2.2.2 Análisis cuantitativo y cualitativo de los datos.....42

2.3 CONCLUSIÓN.....43

CONCLUSIONES.....45

BIBLIOGRAFÍA.....47

ANEXOS

RESUMEN

El riesgo e intento de suicidio, así como el suicidio mismo, han presentado un índice creciente en nuestro medio en los últimos años, llegando a ubicarse en el 6,5 x 100 mil habitantes, según datos de la OMS, pero se constata en los registros hospitalarios que esta cifra es muy superior. Así mismo existen estudios que demuestran que el sub registro dentro de estos casos es elevado. El grupo etáreo más afectado por esta problemática es el de los adolescentes y los adultos jóvenes.

El presente trabajo, mediante la utilización de distintas herramientas de evaluación (“Test ISO 30 modificado”, “Esquematización de criterios diagnósticos del DSMIV”, “Test de Apgar familiar”), establece una valoración cuantitativa y cualitativa del riesgo de suicidio entre los estudiantes de los primeros años de las escuelas de Psicología y Medicina de la Universidad del Azuay así como determina cuales son los factores de riesgo que más frecuentemente se asocian a esta problemática dentro del grupo en estudio.

DEDICATORIA

A mi esposa **Ambar**, por su amor incondicional, por su apoyo que me da fuerzas para el cielo poder conquistar.

A mis guaguas:

Ñusta Sofia, la que sonrío y grito sin parar llenando de alegría el hogar y a **Qori**, que pronto vendrá a ser parte de mi felicidad.

.A mis sobrinas **Vale(+)** y **Vivi**, retoños de valor.

Pablo Tapia

A mis padres.

Santiago Cordero

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que colaboraron en la realización de este trabajo, destacando el agradecimiento a nuestro director de tesis, Master Gerardo Peña Castro, y al Dr. Rolando Marín C., maestro y amigo.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de salud pública que tiene implicaciones individuales, familiares y sociales. Más aún cuando el suicida es un estudiante de Medicina o Psicología, ambas carreras ligadas a la salud, con alta repercusión a nivel social. En el Ecuador la prevalencia de suicidios (mortalidad) es del 6.5 x 100mil habitantes (1), sin embargo, no existen datos sobre el intento de suicidio (morbilidad) como tal. En los archivos del Hospital Vicente Corral Moscoso (2), en el primer trimestre del año 2006, se registraron 22 estudiantes adolescentes hospitalizados por intento de suicidio de un total de 43099 adolescentes en esta edad a nivel de la ciudad de Cuenca (3), dando una prevalencia de 52 x 100mil. En el Hospital Homero Castanier de la ciudad de Azogues (4) se registraron 29 casos durante el año 2005 de jóvenes entre los 15 y 19 años que fueron ingresados por intento de suicidio de un total de 10310, dando una prevalencia de 281 x 100mil, hasta octubre del 2006 ya se habían registrado 26 casos; sin embargo, no existe el dato de los intentos que acudieron a las entidades privadas o a los centros y subcentros de salud. El sistema de auxilio 911 del Consejo de Seguridad Ciudadana de la ciudad de Cuenca (CSC), registró hasta octubre del 2006, en el mismo rango de edad, 16 casos (5). Un estudio realizado por Gorenk y Flores en 1999 (6) en donde se reporta los casos de subregistro de suicidio en 5 años, determinó que existe un subregistro de 3,5% de muertes a causa del suicidio en el Ecuador, por lo que la tasa de 6,5 x 100 mil reportada por la OMS puede resultar superior lo que empeoraría el problema (7).

El intento de suicidio entre los adolescentes ha ido incrementándose desde 1950 hasta la fecha. La edad más frecuente está comprendida en el rango de los 15 a los 19 años, llegando en algunos países a ser la segunda causa de muerte en este grupo etario (8).

1) Organización Mundial de la Salud, Perfil del País, Ecuador, Boletín Epidemiológico, Vol. 25 No. 2, junio 2004

2) Hospital Vicente Corral Moscoso, Archivo del Servicio de Emergencia, Cuenca, 2006.

3) Censo Poblacional del Ecuador 2001, www.inec.gov.ec

4) Hospital Homero Castanier Crespo, Archivos del Servicio de Emergencia, Azogues, 2006.

5) Consejo de Seguridad Ciudadana, Archivo de registro de llamadas, I. Municipalidad de Cuenca, 2006.

6) GORENK K.-D. ⁽¹⁾; FLORES J. A. ⁽¹⁾; PEREDO S. ⁽¹⁾; ABREU L. F. ⁽¹⁾; PACURUCU S. ⁽¹⁾; NUNEZ R. ; Los suicidios sin registrar en México y Ecuador : un estudio comparativo Revista mexicana de sociología 1999, vol. 61, n°1, pp. 123-149 (4 p.3/4) ISSN 0188-2503

7) Organización Mundial de la Salud, Perfil del País, Ecuador, Boletín Epidemiológico, Vol. 25 No. 2, junio 2004

8) Larraguibel Q., Marcela, Gonzales M., Patricia, Martinez N., Vania, et al. Riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Rev. chil. pediatr., mayo 2000, vol.71, no.3, p.183-191. ISSN 0370-4106.

En Chile un 39% de las derivaciones a hospitales por intento de suicidio corresponden a los adolescentes o adultos jóvenes (1) y la tendencia va en aumento (2).

Sabiendo que la tasa de mortalidad por suicidio en el Ecuador es de 6,5 x 100mil habitantes y si consideramos que se calcula que la tasa de intentos de suicidio es como 5 veces más que el número de actos consumados (3), podemos considerar la verdadera magnitud del problema en la población de estudio. Además, sólo el 50% de los adolescentes que informaron que trataron de quitarse la vida, habían solicitado atención en el hospital después de sus intentos. Así, el número de personas con tentativas de suicidio tratadas en el hospital, no constituye una indicación real de la dimensión del problema en la comunidad (4).

Según la Organización Mundial de la Salud (5), así como en estudios de Hanquin y colaboradores (6), se ha determinado que, la identificación y derivación oportuna, evaluación del funcionamiento familiar y el desarrollo de tratamientos efectivos en gente joven con morbilidad psiquiátrica pueden ser muy efectivos en reducir la conducta suicida.

En nuestra región no hay datos publicados sobre el intento de suicidio en estudiantes de Psicología y Medicina, por lo que no tenemos una dimensión real del problema, nuestra intención no es llegar a determinar la prevalencia del intento como tal sino llegar un momento antes en la historia natural del suicidio, es decir, identificar el riesgo que tienen los adolescentes para cometer suicidio. Se escogió a los adolescentes hasta los 19 años debido a que la prevalencia del suicidio entre la población joven es mayor

1) GRANMEGNA S, Gloria, LORA L, Rocío y AHUMADA F, Paulina. Análisis base de datos LARRAGUIBEL Q., Marcela, GONZALEZ M., Patricia, MARTINEZ N., Vania et al. Factores de unidad de hospitalización de corta estadía (uhce): Psiquiatría. Hospital Dr. Sótero del Río. Rev. chil. neuro-psiquiatr., mar. 2006, vol.44, no.1, p.23-38. ISSN 0717-9227.

2) MENDEZ, Juan Carlos, OPGAARD, Alfredo y REYES, Jimmy. Suicidio en la Región de Antofagasta 1989-1999 ¿Existe una tendencia creciente. Rev. chil. neuro-psiquiatr., oct. 2001, vol.39, no.4, p.296-302. ISSN 0717-9227.

3) RODRIGUEZ VALDES, Roberto, PEDRAZA VILELA, Magalys y BURUNATE POZO, Mercedes. Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida. Rev Cub Med Mil, ene.-mar. 2004, vol.33, no.1, p.0-0. ISSN 0138-6557

4) Larraguibel Q., Marcela, Gonzales M., Patricia, Martinez N., Vania, et al. Riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Rev. chil. pediatr., mayo 2000, vol.71, no.3, p.183-191. ISSN 0370-4106.

5) Organización Mundial de la Salud, "Prevención del Suicidio en Adolescentes, Un instrumento para docentes y demás personal institucional" WHO/MNH/MBD/00.3 2001

6) HAQUIN F, Carlos, LARRAGUIBEL Q, Marcela y CABEZAS A, Jorge. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. Rev. chil. pediatr., oct. 2004, vol.75, no.5, p.425-433. ISSN 0370-4106.

en el grupo etéreo de los adolescentes, luego de lo cual disminuye. Además consideramos que la adaptación a la universidad y la presión del estudio implican un “estresor” adicional para ellos.

De esta manera, a través de la aplicación de los nuestros elementos de evaluación; “*Test ISO Modificado*”, “*Esquematización del DSMVI*” y *Test de Apgar Familiar*”, podremos identificar la prevalencia del riesgo de intento de suicidio en los estudiantes de los primeros años de la Universidad del Azuay en las escuelas de Medicina y Psicología, y así poder remitirlos al departamento de psicología para su manejo posterior.

Luego de un proceso de adaptación lingüística de test ISO 30 a través de la aplicación del mismo a 3 grupos piloto y de la esquematización de los criterios diagnósticos del DSM VI y del Test de Apgar Familiar se procedió a la aplicación de estas herramientas al universo de estudio comprendido por 111 estudiantes, llegando a establecerse de esta manera el riesgo de suicidio así como los factores de incidencia más frecuentemente asociados al universo en cuestión.

Nuestro estudio consta de dos capítulos; en el primero se aborda la problemática desde el marco teórico, dando una breve introducción sobre el suicidio a través de las diferentes teorías explicativas y los factores de riesgo asociados más comunes. La segunda parte corresponde a la investigación en sí del estudio de riesgo de suicidio en estudiantes de las escuelas de Medicina y Psicología de la Universidad del Azuay y la identificación de los riesgos asociados a partir de los elementos de evaluación; “*Test ISO Modificado*”, “*Esquematización del DSMVI*” y *Test de Apgar Familiar*”, esta sección se encuentra conformada por la metodología, recolección de datos, los resultados y las conclusiones de la investigación.

CAPÍTULO 1

EL SUICIDIO

El tema del suicidio en la actualidad ha llegado a convertirse en un importante problema de salud, debido a la cantidad de muertes y malestar social que se asocian al mismo. El tema no es nuevo, puesto que se remonta a la antigüedad a través de la historia de las culturas con distintas variaciones en donde, en algunas, el suicidio era permitido y en otras, condenado, por ejemplo en Japón con el ritual del harakiri, o el suicidio de Judas a causa de la culpa de haber obrado mal. Como vemos, esta situación va desde tiempos muy antiguos, pasando por la Edad Media, en donde el suicidio fue penado por las leyes religiosas, hasta la actualidad, en la cual se ha considerado al suicidio como una consecuencia de una salud psicológica quebrantada, pudiendo ser factores influyentes la disfunción familiar, el consumo de alcohol y otras drogas, la ansiedad, problemas de conductas, el género y la edad.

En este capítulo se da una breve explicación sobre el suicidio, sus causas y factores asociados, pretendiendo darse con esto una visión general del tema.

1.1- DEFINICIÓN DE SUICIDIO

La palabra suicidio etimológicamente procede del latín, “sui” que quiere decir, de si mismo, y “cidium” que es igual, matar, por lo tanto el suicidio es la acción de matarse a si mismo, de manera voluntaria, y la forma varía de acuerdo con los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y económicos del individuo.

Definición brindada por Emile Durkheim: *"...el suicidio es siempre el acto de un hombre que prefiere la muerte a la vida "* (1)

1; E. Durheim, “El Suicidio” 1985 . www.psicolibro.com / cap. VI pag. 155

Como parte de la definición de suicidio se debe hacer la diferencia entre intento de suicidio, ideación suicida y el suicidio mismo. El intento de suicidio es la acción de quitarse la vida frustrada ya sea por cualquier causa como por ejemplo: acción médica oportuna, intervención de otra persona, método elegido, etc...; La ideación suicida son ideas recurrentes sobre quitarse la vida que aumentan de intensidad y que en muchos de los casos se comunican ya sea por medios verbales o escritos a las personas que se encuentran en el entorno o son de interés para el individuo.

1.1.1 CLASIFICACIONES DEL SUICIDIO

Existen varias clasificaciones del suicidio que se basan en las distintas orientaciones y enfoques teóricos de cada autor. Para criterio nuestro y por ser ésta ampliamente conocida, tomaremos la clasificación del sociólogo E. Durkheim (1), quien dijo que existían tres tipos de suicidio: altruista, egocéntrico y anómico. Siendo la base de su teoría el enlace existente entre la integración de individuo y las normas sociales vigentes en diferentes culturas, antes que un acto de puro individualismo.

El suicidio altruista

El suicidio altruista se encuentra en sociedades con una exigencia moral rígida, en la que los individuos, muchas de las veces, se ven obligados a acatar este código de exigencia social por encima de la individualidad con el malestar psicológico que esto conlleva. Un ejemplo de esto podemos encontrar en los suicidios colectivos por fanatismo religioso como el ocurrido en Brasil en 1998 con los “Hijos del Sol”

1; E. Durheim. Id, cap. VII, VIII, IX.

El suicidio egoísta

Este tipo de suicidio se da por lo general en sociedades modernas, donde el individuo se encuentra poco integrado o carece de integración a un grupo social, produciéndose de esta manera una alienación y poco sentido de pertenencia a la sociedad. Es decir el individuo no se siente perteneciente a ningún grupo, no se ve empujado por las normas establecidas por su entorno social.

Dentro de estos tipos de suicidio tenemos el de la persona que, a causa de una ruptura amorosa abrupta, recurre al suicidio como única salida, también entre los más comunes tenemos, al estudiante que fracasa académicamente, o el hijo que no logra satisfacer las exigencias de sus padres. Otro ejemplo conocido podría ser el suicidio de los poetas de la época del Romanticismo en la literatura ecuatoriana a causa del vacío existencial que estos sentían, a ellos se les llamó, los poetas de la generación decapitada.

El suicidio anómico

La anomia es la carencia de normas y leyes que regulan la actividad humana y que por lo general se producen en momentos de crisis o cambios sociales, o de valores individuales y culturales; el suicidio anómico se produce en el individuo debido a no poder tolerar estos cambios. Como ejemplo podemos anotar los suicidios producidos por cambios políticos fuertes, el paso de la democracia a la dictadura o también por la pérdida de un ser querido.

Otras Clasificaciones:

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el suicidio y las lesiones auto infligidas quedan incluidos en las categorías de otras causas externas de mortalidad comprendidas entre X60 a X84.

“(X60) Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos.

- (X61) *Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte*
- (X62) *Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte*
- (X63) *Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo*
- (X64) *Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados*
- (X65) *Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición al alcohol*
- (X66) *Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores*
- (X67) *Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otros gases y vapores*
- (X68) *Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas*
- (X69) *Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados*
- (X70) *Lesión auto infligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación*
- (X71) *Lesión auto infligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión*
- (X72) *Lesión auto infligida intencionalmente por disparo de arma corta*
- (X73) *Lesión auto infligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga*
- (X74) *Lesión auto infligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas*
- (X75) *Lesión auto infligida intencionalmente por material explosivo*
- (X76) *Lesión auto infligida intencionalmente por humo, fuego y llamas*
- (X77) *Lesión auto infligida intencionalmente por vapor de agua, vapores y objetos calientes*
- (X78) *Lesión auto infligida intencionalmente por objeto cortante*
- (X79) *Lesión auto infligida intencionalmente por objeto romo o sin filo*
- (X80) *Lesión auto infligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado*

(X81) Lesión auto infligida intencionalmente por arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento

(X82) Lesión auto infligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor

(X83) Lesión auto infligida intencionalmente por otros medios especificados

(X84) Lesión auto infligida intencionalmente por medios no especificados” (1)

Otro tipo de clasificación que se hace es según el método:

1. Suicidio por métodos violentos o duros (arma de fuego, ahorcamiento, precipitación).
2. Suicidio por métodos pasivos o suaves (ingestión de psicofármacos, anilina, etcétera).

El suicidio también se puede clasificar según su forma clínica. Así encontramos la clasificación de Amaro González (2):

1. *“Suicidio ampliado. Es aquél en el que se arrastra a la muerte a otro que no desea morir. Por ejemplo: madre con una depresión nihilista que asesina a su hijo para evitarle "los sufrimientos que la vida conlleva".*
2. *Suicidio por desesperación. Es el que ocurre en el marco de una situación con gran repercusión afectiva en sujetos con poca tolerancia a las frustraciones. Por ejemplo: fracaso amoroso y pérdida de un ser querido.*
3. *Suicidio por miedo. Se trata de evitar una situación muy temida. Por ejemplo: pérdida de la virginidad en familias moralistas.*
4. *Suicidio por venganza o chantaje. El suicida, con su muerte, pretende castigar a otros. Por ejemplo: persona histérica que frente a un conflicto se suicida dejando una nota que inculpa al amante.*

1) "AAPS", 24-Abr-2003. www.publimatic.com/diario

2) Amaro González G. "El intento suicida: formas clínicas presentes en 100 pacientes". Rev Hosp Psiq La Habana 1981; 22(3):412-3.

5. *Suicidio por sacrificio. La muerte tiene una finalidad política, religiosa. Por ejemplo: El líder ortodoxo, Eduardo Chibás, se suicidó en un programa radial en que denunciaba la corrupción administrativa y política del régimen existente.”*

“Menninger ver otro aspecto del suicidio, los llamados suicidios subintencionados o suicidios crónicos que son conductas usuales que atentan contra la vida, y que conforman un grave peligro para ella como son los actos imprudentes o temerarios, las omisiones significativas, los excesos significativos y la conducta antiterapéutica.” (1)

1.2.- TEORÍAS EXPLICATIVAS SOBRE EL SUICIDIO

1.2.1 TEORÍA BIOLÓGICA DEL SUICIDIO (2)

Algunas de las conductas, cuyo factor común es un trastorno del impulso, tales como el homicidio, la impulsividad y la propia conducta suicida se ven asociadas con la neurotransmisión serotoninérgica y las funciones endócrinas en especial la secreción de tirotrófina y cortisol.

Se considera que los suicidas tienen bajas concentraciones de serotonina en ciertas partes del cerebro y que en sangre muestran bajas concentraciones de colesterol y grupo sanguíneo tipo O de preferencia. Estos hallazgos no han sido concluyentes.

En los que han intentado el suicidio se ha encontrado en el Líquido Cefalorraquídeo (LCR), bajos niveles del ácido 5 hidroxindolacético (5-HIAA), metabolito de la serotonina. También se han encontrado bajas concentraciones de ácido homovanílico (HVA) metabolito de la dopamina, en el LCR de los que han intentado el suicidio y se considera para algunos investigadores un predictor más eficaz que el 5-HIAA.

1) S. Barrera, *“El suicidio y su atención por el médico de la familia”*, Editorial Ciencias Médicas 2008.
<http://scielo.sld.cu/scielo>

2) <http://www.ciudadfutura.com/psico/articulos/suicidio.htm>

Baja actividad de la enzima monoamino-oxidasa plaquetaria, ha sido encontrada en personas con intentos de autoeliminación y se ha involucrado la conducta suicida con el eje hipotálamo-hipófisis- suprarrenal, por encontrarse un incremento de la excreción de cortisol anormalmente elevado antes del intento de suicidio y un test de supresión de dexametasona anormal en el 60% de los deprimidos suicidas, en comparación con los deprimidos no suicidas. El eje hipotalamo-hipofisis-tiroides también ha sido involucrado en el comportamiento autodestructivo, así como otras hormonas, reportándose un marcado descenso de la testosterona en pacientes que cometieron suicidio por métodos violentos.

1.2.2 TEORÍA GENÉTICA (HEREDITARIA) DEL SUICIDIO

Investigaciones realizadas por varios equipo de especialistas de instituciones y universidades de Francia y Suiza, publicados en la última edición de la revista *Molecular Psychiatry* (1), apuntan a posibles factores genéticos que podrían predisponer a tendencias suicidas en ciertas personas. Uno de los estudios indica que la regulación de la neurotransmisión de la serotonina es un factor clave para esta vulnerabilidad.

Los investigadores han estudiado el papel del gen que codifica el triptofan hidroxilasa (TPH), la enzima limitadora del ritmo en la biosíntesis de la serotonina, en la predisposición genética al suicidio. Sus autores han realizado un análisis de siete polimorfismos del gen TPH en 231 personas que habían intentado suicidarse y en otras 281 personas que no habían realizado tal intento, que sirvieron como un grupo de control.

Se encontraron relaciones significativas entre algunas variantes de este gen (en especial de la variante "3'part" o región 3 no codificadora) y los intentos de suicidio. Estas variantes estaban más presentes en personas que habían intentado el suicidio por medios violentos y que tenían un historial de depresión.

2) Revista "Molecular Psychiatry" 2001, Volumen 6, número 3, páginas 338-341 - 24.12.2001

Los resultados indican que una variante genética de la 3ª parte del gen TPH puede ser un factor de vulnerabilidad para un fenotipo (grupo de personas con una determinada característica genética visible) en el que se combinan conductas suicidas, alteraciones anímicas e impulsos agresivos.

1.2.3 TEORÍAS PSICOLÓGICAS DEL SUICIDIO

TEORIAS PSICOANALITICAS

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

Hendin menciona las fantasías inconscientes más frecuentes de los suicidas, entre las que se encuentran: deseo hostil de venganza, deseo culpable de castigo, deseo esperanzado de rescate, etc.

Para **Adler**, el suicidio afecta a personalidades dependientes, con autoestimas claramente bajas, egocéntricas y agresivas veladas o abiertas.

Menniger considera que el suicidio se hace efectivo si se combinan muchas circunstancias y factores, existiendo tres elementos esenciales en todo comportamiento suicida: el deseo de matar, el deseo de morir y el deseo de ser matado.

Para **Shneidman**, el suicidio es un dolor psíquico y considera que en la última centuria se ha hablado fundamentalmente de cuatro aspectos psicológicos del suicidio: *Lucha*; en la que quedan incluidos los significados de asesinatos, agresión, rabia, revancha, deseos de matar, etc. *Huida*, en las que están incluidos los significados de escape, rescate, sueño, renacer,

reunión, deseos de morir, etc. Susto; en la que se incluyen los significados de desolación, desesperanza, confusión, miedo, soledad, pánico, dolor psíquico, etc. Carga; en la que quedan incluidos los significados de vulnerabilidad genética, historia familiar de suicidios, enfermedades mentales en la familia, historia de abusos, etc. En inglés estas cuatro palabras tienen gran parecido (las 4 F): fight, flight, fright, freight.

TEORIAS COGNITIVAS

Según el modelo cognitivo, de Beck, las alteraciones surgen en aquellos individuos que poseen una visión deformada de la realidad. Esta visión errónea se basa en unos presupuestos que impregnan y condicionan su percepción de la realidad. Estas personas poseen unos esquemas distorsionados de la realidad que fácilmente se activan ante sucesos estresantes. Esos esquemas al orientar y canalizar la percepción de la realidad generan lo que se llama la triada cognitiva y producen emociones indeseables. La causa de las depresiones son las ideas, pensamientos y creencias específicas que los depresivos tienen sobre el futuro, el mundo y sobre sí mismos. En una persona que se establece objetivos elevados y rígidos, los fracasos en alcanzar tales objetivos son entendidos como un defecto profundo e insuperable de sí mismos, esto lo sume en un sentimiento de profunda tristeza y de aguda e implacable autocritica que son característicos de las depresiones. Beck sostiene que la depresión no es un trastorno emocional sino cognitivo.

1.2.4 MODELO SOCIOLÓGICO

Su máximo exponente es E. Durkheim y su enfoque se basa en su planteo de la sociedad como un ser supraindividual, diferente a las conciencias individuales que la componen y rectora de los destinos de los integrantes. Tres son las formas de autoeliminación humana: suicidio egoísta, altruista y anómico. El primero, el suicidio egoísta, es el que caracteriza a las sociedades desintegradas “en las cuales el individualismo prevalece sobre la personalidad colectiva y los fines comunes.” A su vez lo subdivide en suicidio melancólico (caracterizado por un estado de languidez

afectivo-volitiva que torna al sujeto indiferente con respecto a lo que lo rodea, siendo su único objeto su propio YO) y el epicúreo (donde la sangre fría escéptica y desengañada es sensible en la hora del desenlace). El segundo al que hace referencia, el altruista, típico de aquellos individuos que se encuentran ligados a la sociedad de una manera fuerte, admite tres subclases: el obligatorio (realizado en cumplimiento de un deber socialmente impuesto), el facultativo (cometido en situaciones en que no está obligado) y el agudo (en el que el individuo termina con su vida por el placer del sacrificio). La última forma, el suicidio anómico, depende exclusivamente del poder regulador de la sociedad. Surge en épocas de crisis y en su raíz se encuentra la cólera y la decepción. Para terminar es muy importante remarcar una afirmación del máximo exponente de este enfoque: *“cada suicida da a su acto un sello personal que expresa su temperamento y las condiciones especiales en que se encuentra y que, por consiguiente, no puede explicarse por las causas sociales y generales del fenómeno. Pero éstas, a su vez, tienen que imprimir en los suicidios que determinan una tonalidad sui generis, una marca especial que las exprese”*. (1)

1.3.- CAUSAS DE SUICIDIO, FACTORES ASOCIADOS MÁS COMUNES

El comportamiento suicida es más común en algunas familias que en otras debido a factores genéticos y medioambientales pero no siempre están presentes en todos los casos y depende de muchos de los factores culturales y socioeconómicos (OMS).

La evidencia sugiere que los jóvenes suicidas a menudo vienen de familias con más de un problema en el cual los riesgos son acumulativos.

1.3.1 GÉNERO Y EDAD

Sexo

Es una variable que incide en la probabilidad de la acción suicida. Revisando las estadísticas de diferentes localidades y en diferentes años,

(1) ; E. Durheim, “*El Suicidio*” 1985 . www.psicolibro.com / cap. VI

Se ha podido determinar la siguiente tendencia: por cada hombre que hace un intento de suicidio, existen 3 mujeres que realizan intentos, pero por cada mujer que logra cometer el suicidio existen 3 hombres que logran su propósito.

El género es una variable importante dentro del suicidio ya que se ha encontrado que la mayoría de personas que consumaron el acto suicida correspondían al género masculino. En un estudio transversal realizado por G. Ayala Espinosa, JB. Martí Lloret y F. Rodes Lloret se observó que el 68,48% del total de personas que consumaron el acto de suicidio en esa región fueron hombres y el 31,52% fueron mujeres, es decir con una relación de 2,17:1. (1)

En otro estudio realizado en Estocolmo, Suecia los autores analizaron los datos de suicidios y causas de muerte en jóvenes de 15 a 19 años de 90 países, y hallaron que los valores más altos correspondían a los hombres las mujeres. (2)

Edad

Se tiene como premisa que las tasas de suicidio van en aumento con la edad (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994; Slaikeu, 1988; Freemann y Reinecke, 1995; Wilson, 1991). Aquí hay que analizar varios puntos. Son mayores las tentativas en las personas jóvenes que en las personas de edad. Este hecho se ve reflejado por ejemplo, con el método empleado: el método más observado en casos de intentos y en los adolescentes es la sobredosis, habitualmente con medicamentos (Garland y Zingler, 1991).

En algunos países el suicidio es la segunda o tercera causa de muerte entre las personas de 15 a 25 años. Sin embargo, en los hombres, con el incremento de la edad se aumenta la probabilidad de suicidio. En las mujeres, el registro máximo está por encima de los 55 años y en los hombres, la incidencia más alta se ubica por encima de los 65 años. (Freemann y Reinecke1995; Sarro y De la Cruz, 1991; Eldrid, 1993).

(1) G. Ayala Espinosa¹, JB. Martí Lloret¹ y F. Rodes Lloret..Consummated suicide rate in the judicial district ofSan Vicente del Raspeig (Alicante). 2005 (2) Wasserman D, Cheng Qi y Jiang G. Estimacion de la tasa global de suicidios entre los jóvenes de 15 a 19 años. World Psychiary, 2005 www.saludpublica.com

Slaikau por su parte, y en concordancia con la idea anterior, señala como después de los 60 años, la diferencia en la incidencia del suicidio entre ambos sexos, se hace más estrecha (Slaikau, 1988). Por otra parte y como hecho paradójico, el suicidio constituye menos del 1% de causa de muerte en las personas mayores de 65 años (Sarro y De la Cruz, 1991).

Un fenómeno que ha estado alarmando a los expertos en los últimos años, es el incremento en las tasas de suicidio que se ha ido observando en el grupo de edad comprendido entre los 15-25 años en el curso de los últimos 20 años (Slaikau, 1988)

Según Maris, 1992; Eldrid, 1993; Garrison, 1992. En los Estados Unidos, se ha incrementado el suicidio en adolescentes comprendidos entre los 15 - 19 años, durante el período entre 1960 y 1988. El aumento pasó de una tasa de 3.6 por 100.000 habitantes/año a 11.3 por 100.000 habitantes/año, lo cual representa un incremento de más de 200%. Comparativamente, la tasa de suicidios en la población general, durante este mismo período de tiempo fue del 17% (Garland y Zingler, 1991). Por otra parte, Martínez y Coraminas mencionan que: "Los datos de nuestro país (España) señalan que, mientras la tasa de suicidio para los jóvenes de 15 a 24 años se han duplicado en estos últimos 20 años, la de los adultos permanecen estabilizadas" (Martínez y Coraminas, 1991). Kaplan, Sadock y Grebb dan referencia semejante en este sentido, mencionando el incremento en un 40% del suicidio en el rango de edad mencionado, registro elaborado entre los años 1970 y 1980. Este aumento en la tasa se ha observado principalmente en los hombres (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994).

Adolescencia como factor de riesgo

Entendemos por adolescencia el periodo de la vida del ser humano que comienza cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios y la capacidad de reproducción, y termina: biológicamente, con fin del crecimiento somático, psicológicamente, con la adquisición de una madurez emocional y socialmente, con la inserción en el campo laboral y esta supeditado al nicho cultural.

Clasificación de adolescencia (1)

1. Adolescencia Temprana (10 a 13 años)
2. Adolescencia media (14 a 16 años)
3. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Durante las mismas, se presentan en los adolescentes, 8 características principales:

1. Proyecto de Vida
2. Definen su Sexualidad
3. Crecimiento y Desarrollo físico y cognitivo
4. Búsqueda de Identidad
5. Creatividad
6. Autoestima donde entra en juego el rol de los pares.
7. Juicio Crítico y de Valores
8. Inicio y fin de una primera etapa del proceso educativo (secundaria) e inicio de otra en la que requiere de toma de decisiones (universitaria). (2)

El adolescente por su propia edad, trata de entender los problemas existenciales, comprender la vida y la muerte y en cierta medida es común que tengan pensamientos suicidas, pero es necesario que se discuta con un adulto y reciba el apoyo necesario para su orientación. Los pensamientos suicidas se vuelven anormales cuando la realización de estos pensamientos parece ser la única salida para sus dificultades. Existe entonces un serio riesgo de suicidio o intento de suicidio (12). Es aquí donde juegan un papel importante las instituciones educativas y el personal de salud, que no solo están llamados a la formación académica y a cuidar la salud, sino a la formación humana y a cuidar al ser humano.

(1) Craig, G., Desarrollo Psicológico, Pentice Hall, 8va Ed, México, 2001.

(2) Campo Marcos et al, Prevención del suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes, Liseo de Aserri-Colegio Nuestra Señora de los desamparados, San Jose Costa Rica 2004.

1.3.2.- DISFUNCIÓN FAMILIAR

En general, se da en familias donde existe una estructura alterada que se caracteriza por un sistema cerrado que inconscientemente prohíbe a sus miembros comunicarse entre sí y relacionarse estrechamente con el exterior.

De manera que el joven se siente aislado dentro y fuera de casa, en donde tampoco la comunicación se da abiertamente.

En relación con el manejo afectivo, las familias de los adolescentes que tienden al suicidio, suelen mostrar un patrón agresivo de relación, con dificultades para expresar el enojo y la agresión, así como una depresión familiar generalizada. La existencia de suicidios de personas cercanas o en el núcleo familiar aumenta el riesgo de suicidio. Con respecto a la familia, se piensa en el posible papel que la herencia pueda jugar: "... el riesgo de suicidio aumenta por el antecedente familiar de suicidio positivo. Este riesgo elevado parece ser resultado en parte de la alta probabilidad de heredar un trastorno psiquiátrico, sobre todo un trastorno afectivo. Sin embargo, el antecedente familiar de suicidio constituye un riesgo adicional independientemente del diagnóstico del individuo" (Rubenstein & Federman, 1992). Es hasta la fecha claro, que lo que es susceptible de ser heredado es la predisposición a ciertos trastornos principalmente de carácter depresivo, más no en si mismo, una predisposición a la idea suicida. Esta puede surgir más como el producto de un aprendizaje familiar añadido a un problema de depresión.

1.3.3.- DEPRESIÓN

Definición (1)

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiesta ansiedad y síntomas somáticos variados.

1) Toro, R., Yopez, L.E., *Psiquiatría, Fundamentos de Medicina*, CIB, Medellín, Colombia, 1997.

La depresión en la adolescencia, según Craig G, se da a menudo junto con otros trastornos en respuesta a tensiones internas y externas. Por tanto, la depresión y los trastornos de ansiedad con frecuencia tienen lugar simultáneamente, lo mismo que la depresión y los trastornos de conducta.

En términos generales, los estudios de los trastornos psicológicos propios de la adolescencia han revelado un índice bastante bajo de depresión moderada a grave, pero los síntomas pueden poner en riesgo la vida de los afectados (Peterson y otros, 1993). Así, aun que los resultados de una investigación reciente demuestran un incremento de la depresión durante la adolescencia, el porcentaje de los que la padecen es por lo general bajo: alcanza su nivel máximo a los 16 años y de nuevo a los 19 años.

Los síntomas varían según el sexo. Los varones afectados suelen involucrarse en conductas antisociales como la delincuencia y el abuso de sustancias. Es más probable que las mujeres afectadas dirijan sus síntomas hacia ellas mismas y se depriman (Ostrov y otros, 1989). En general, la depresión presenta una frecuencia dos veces mayor en las adolescentes (y en las mujeres adultas) que en los varones. Aunque no se conoce todavía las razones de estas diferencias de género, los psicólogos piensan que posiblemente se relaciona con una importante disminución del autoestima que muestran algunas mujeres al ingresar a la escuela secundaria (Coger, 1991b; Orenstein, 1994).

Como hemos visto, las muchachas se ven presionadas por sus compañeros y los medios masivos para ser más atractivas y para que antepongan las relaciones a los logros (Connelly y otros, 1993). Por lo regular, la combinación de estilos menos eficaces de afrontamiento con retos más difíciles aumenta a veces la posibilidad de la depresión cuando las jóvenes avanzan por la adolescencia.

Los investigadores también detectaron diferencias étnicas y de grupo en los índices de depresión. Por ejemplo, los estadounidenses procedentes de Asia y Europa suelen manifestar más los síntomas de depresión cuando están bajo estrés que los afroamericanos y los hispanos. Los indígenas

adolescentes presentan tasas elevadas de depresión. Los homosexuales también tienen tasas más altas y de dos a tres veces más probabilidades de cometer suicidio que los heterosexuales (Connelly y otros, 1993), al parecer por las presiones sociales que reciben.

Criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor DSM-IV (1)

- A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el período de las mismas dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) ánimo deprimido o (2) pérdida del interés o placer.
 - 1. Animo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por, ya sea reporte (ejemplo, se siente triste o vacío) u observación hecha por otros (ejemplo, parece lloroso). Nota: en niños o adolescentes puede ser ánimo irritable.
 - 2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.
 - 3. Pérdida o aumento de peso significantes sin estar a dieta. (5% de peso en un mes). O disminución o aumento de apetito casi todos los días.
 - 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - 5. Agitación o retardo psicomotor casi todos los días (observable por otros, no solamente la sensación subjetiva de inquietud o estar lento).
 - 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - 7. Sentimientos de minusvalía o culpa excesiva o inapropiada (puede ser delirante) casi todos los días. (No meramente autorreproche o culpa por estar enfermo).
 - 8. Capacidad disminuida de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días.
 - 9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación recurrente de suicidio sin un plan específico, o un intento de suicidio o plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas causan sufrimiento clínico significativo o trastorno en funcionamiento social, ocupacional, o en otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. No se debe a efectos de una sustancia (droga de abuso o medicación) o a una condición médica general (ejemplo hipotiroidismo)
- D. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir, después de la pérdida de un ser amado, los síntomas persisten más de dos meses o están caracterizados por marcado menoscabo funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retardo psicomotor.

1) DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Ed. Masson 3ra Reimpresión de la 1ra. Edición. Madrid España 2004

1.3.4.- ANSIEDAD (1)

A la ansiedad la podemos definir de manera general como cómo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. En términos de salud se la puede definir como: angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.

Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por ansiedad cognitiva excesiva y síntomas físicos generalizados y persistentes. El síntoma cardinal es la excesiva ansiedad cognitiva manifestada por preocupación o temores exagerados en relación con la salud, aspectos económicos, laborales, familiares, etc., a menudo con ansiedad anticipatoria.

Estas expectativas aprehensivas se asocian al menos a tres de los siguientes seis síntomas:

1. Desasosiego o inquietud motora
2. Fatigabilidad fácil
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Trastorno del sueño (dificultad para conciliarlo, mantenerlo, o sueño inquieto no reparador).

La tensión motora puede causar diversas algias, temblor y dificultad para relajarse.

La ansiedad generalizada produce a menudo síntomas de hiperactividad autonómica como dificultad para respirar, palpitaciones, mareos, sudoración excesiva, sequedad de boca, náuseas o diarrea.

Alrededor de la mitad de los pacientes refieren que el inicio fue en la niñez o adolescencia. El resto comienza en la adultez temprana.

1)) Toro, R., Yopez, L.E., *Psiquiatría, Fundamentos de Medicina*, CIB, Medellín, Colombia, 1997.

1.3.5.- PROBLEMAS DE CONDUCTA

La característica esencial de este trastorno es un mal comportamiento que es serio, repetitivo y persistente. Hay cuatro tipos principales de estos comportamientos: comportamiento agresivo hacia gente o animales, destrucción de propiedad, actos engañosos o de robo e infracciones serias a las reglas.

Los problemas de conducta, se refiere netamente al la falta de cumplimiento de reglas establecidas socialmente mediante una conducta opositora desafiante que lo lleva a tener dificultades en el área social, laboral, familiar y personal. Las personas que tienen problemas de conducta suelen sentirse rechazados debido a su comportamiento y su carencia en el control de sus impulsos, lo que dificulta su adaptación en diferentes espacios, generando sentimientos de vacío existencial lo que lo llevaría a alejarse y a enajenarse de si mismo y como producto de este pensamiento erróneo, al suicidio o ideas suicidas.

1.3.6.- ALCOHOL, CONSUMO, ABUSO Y DEPENDENCIA.

Definición de alcoholismo (1)

Las definiciones de la OMS y de Keller están de acuerdo en que se trata de un consumo que excede las costumbres dietéticas de la comunidad. Otros autores localizan el punto clave de la definición en la incapacidad de abstenerse de iniciar el consumo o de detener la ingestión una vez comenzada. Chalet y Demone en 1962 agregan a la definición el componente de auto destructividad.

Keller la define como “un trastorno crónico del comportamiento, manifestado por ingestión repetida de bebidas alcohólicas que excede las costumbres dietéticas y sociales de la comunidad y que interfiere con la salud y con el funcionamiento social del individuo”.

Esta definición contiene criterios cualitativos, cuyos parámetros principales son malestar para la sociedad y para el individuo, de modo que según esto, cualquier modo de beber en cualquier cantidad, que produzca

1) Toro, R., Yopez, L.E., *Psiquiatría, Fundamentos de Medicina*, CIB, Medellín, Colombia, 1997.

bien sea daño físico, disfunción psicológica y/o social sería considerado alcoholismo.

Criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias psicoactivas DSM-IV. (1)

Patrón mal adaptativo de uso de sustancias que lleva a trastorno clínico que se presentan en algún momento de los últimos 12 meses

1. Tolerancia pronunciada: necesidad de cantidades muy aumentadas de la sustancia (es decir, como mínimo un 50% de aumento) para lograr intoxicación o efecto deseado, o efecto muy disminuido con el empleo continuado de la misma cantidad.
2. síntomas característicos de la abstinencia.
3. Sustancia tomada con frecuencia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Sustancia con frecuencia tomada en cantidades mayores o en un período más largo de que la persona intenta.
5. Deseo persistente o uno o más esfuerzos infructuosos para cortar o controlar el uso de la sustancia.
6. Mucho tiempo pasado en actividades necesarias para obtener la sustancia (por ejemplo: robo), tomar la sustancia (por ejemplo: fumar en cadena) o recuperarse de sus efectos.
7. Intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando se espera cumplir un rol principal en obligaciones del colegio, trabajo u hogar (por ejemplo no va al trabajo por que está suspendido, va al colegio o el trabajo "elevado", intoxicado mientras cuida a sus hijos), o cuando el uso de la sustancia es físicamente peligroso (por ejemplo, conduce intoxicado).
8. actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes abandonadas o reducidas debido al uso de la sustancia.
9. El uso de la sustancia continúa a pesar del conocimiento del tener un problema social, psicológico o físico persistente o recurrente que es provocado o exacerbado por el empleo de la sustancia.

Para considerar la magnitud de las consecuencias del uso del alcohol, no solo se tiene en cuenta el número de alcohólicos o dependientes del alcohol, el cual varía entre el 1 y el 10% de toda la población, sino los indicadores directos e indirectos del uso de alcohol y de los problemas causados por este que afecta no solo al bebedor sino a su familia y a la sociedad.

En casi todos los países ha aumentado en los últimos años el consumo de alcohol, en Estados Unidos hay 9 millones de bebedores excesivos, y después de las enfermedades de corazón y el cáncer, el alcoholismo se considera como el tercer problema de salud.

1) DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Ed. Masson^{3ª} Reimpresión de la 1ª Edición. Madrid España 2004

Se calcula que aproximadamente un 30 a 40% de la población de pacientes admitidos a un hospital general en un momento dado, son alcohólicos o tienen problemas con la bebida, pero la mayoría de ellos no son identificados.

1.4 CONCLUSIÓN

El suicidio es el acto de terminar con la propia vida, que puede deberse a distintas causas y factores. Existen diferentes teorías explicativas del suicidio que van desde una explicación genética hasta las de origen existencial. Dentro de estas teorías se resalta: el estudio sociológico que realizó Emile Durkheim (1985) acerca de suicidio y el aporte de Sigmund Freud (1917) quien hace una profundización del tema en su obra *Duelo y Melancolía* siendo un pionero en tratar este tema desde el punto de vista psicológico. En la actualidad tenemos una amplia gama de clasificaciones y explicaciones del suicidio que varían según cada autor y su corriente de estudio.

Distintos factores parecen tener incidencia directa sobre el riesgo de suicidio siendo los más importantes el género y la edad, la depresión, la ansiedad, problemas de conducta y el consumo de sustancias.

La prevalencia y la incidencia de estos factores asociados en nuestro universo de estudio serán analizadas en el capítulo 2.

CAPÍTULO 2

ESTUDIO DEL RIESGO DE SUICIDIO Y FACTORES ASOCIADOS

ESTUDIO DE CAMPO

En el presente capítulo se exponen: la metodología, los resultados generales de la investigación, obtenidos a través del material de evaluación “Test ISO 30 Modificado”, “Esquematización del DSM VI” y el Test de “Apgar Familiar”, conjuntamente con un análisis cuantitativo y cualitativo de los datos obtenidos.

2.1 METODOLOGÍA

2.1.1 ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA DEL TEST ISO 30 Y POSTERIOR APLICACIÓN A GRUPOS PILOTO

El test que usamos fue el Inventory of Suicide Orientations – 30 (ISO-30), diseñado por King y Kowalchuk (1994), traducido y probado en Argentina (Casullo 2004) y presentado en el texto del informe del estudio “Comportamiento Suicida en la Adolescencia” auspiciado y avalado por el CONICET¹. Consiste en cinco áreas de evaluación o variables psicológicas que son:

- a. Desesperanza (ítems: 2, 7, 12, 17, 22, 27)
- b. Baja autoestima (ítems: 1, 6, 11, 16, 21, 26)
- c. Incapacidad para afrontar emociones (ítems: 3, 8, 13, 18, 23, 28)
- d. Soledad y abatimiento, aislamiento y deterioro en vínculos sociales (ítems: 4, 9, 14, 19, 24, 29)
- e. Ideación Suicida (ítems: 5, 10, 15, 20, 25, 30)

Cada uno de estos capítulos tiene 6 ítems con aseveraciones a las que se puede dar las siguientes respuestas:

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En parte en desacuerdo
- c. En parte de acuerdo

¹ Consejo Nacional de Investigaciones Científica y Técnicas de la República Argentina

d. Totalmente de acuerdo.

Once de los ítems se evalúan de forma inversa (2, 3, 4, 7, 13, 14, 16, 17, 22, 27, 28) y existen seis denominados “críticos”, que resultan sensibles para la evaluación cualitativa de ideación suicida. Se cuenta cuantas respuestas tiene de cada tipo y el número de repuestas críticas en el capítulo Ideación Suicida y se asigna a las siguientes categorías:

- i. Bajo riesgo suicida (< 30 y tiene menos de 3 ítems críticos con puntuación alta: en parte en de acuerdo/Totalmente de acuerdo)
- ii. Moderado riesgo suicida (entre 31 y 44 y tiene menos de 3 ítems críticos con puntuación alta)
- iii. Alto riesgo suicida. (igual o superior a 45 o uno menor pero mas de tres ítems críticos con repuestas de puntaje alto)

El puntaje que se asigna es el siguiente:

- 0 puntos a las respuestas que son totalmente en desacuerdo
- 1 punto a las respuestas que son en parte en desacuerdo
- 2 puntos a las respuestas que son en parte de acuerdo
- 3 puntos a las respuestas que son totalmente de acuerdo

Los ítems que se valoran a la inversa se asigna los puntajes como 3, 2, 1 o 0 de acuerdo al caso.

Se realizó previamente una adaptación del test ISO 30, para nuestra realidad, basados en el lenguaje usado por nuestros adolescentes pero sin alterar el fondo de instrumento, luego de lo cual se probó en 3 grupos piloto de aproximadamente 20 adolescentes cada uno, todos menores de 15 años; estos sugirieron los cambios y permitieron identificar cuales son las preguntas que tienen mayor dificultad; se consideró a los menores de 15 años por el supuesto de que, al ser menor edad y tener menor formación académica, tendrían mayor dificultad para contestar el test.

Modificaciones al ISO 30

En negrillas se observa las modificaciones hechas por los grupos piloto

1. Yo debo ser un/a soñador/a, ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan
Debo ser un/a soñador/a porque siempre estoy esperando cosas que no resultan, que no pasan
2. Hay muchas oportunidades para mi de ser feliz en el futuro
Tengo muchas oportunidades de ser feliz en el futuro
3. Generalmente pienso que aun los peores sentimientos desaparecerán
Generalmente pienso que hasta los peores sentimientos desaparecerán
4. Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono no perderán la esperanza en mí
Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono (con las que me llevo) no perderán la esperanza en mí
5. Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto
Las personas con las que me relaciono (con las que me llevo) no me necesitan para nada
6. Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa
Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa
7. Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo escogí
La mayor parte de mi vida se ha desarrollado en la forma que escogí
8. Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo
Debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo
9. Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor
Creo que causo problemas a la gente que me rodea
10. Para impedir que las cosas empeoren, creo que el suicidio es la solución
El suicidio es la solución para evitar que las cosas no empeoren
11. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto
Siento que me mintieron, ya que la vida no es para nada justa
12. Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales
Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales
13. Aun cuando estoy enojado/a por algo, puedo forzarme a mi mismo a pensar claramente, si lo necesito.
Si lo necesito, aun cuando estoy enojado/a por algo, puedo forzarme a mi mismo a pensar claramente

14. Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien
Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien
15. Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje para enfrentar la vida
Creo que seré incapaz de encontrar suficiente valor para enfrentar la vida
16. Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz
Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz
17. Aun cuando me siento sin esperanza, creo que las cosas eventualmente puede mejorar
Aun cuando me siento sin esperanza, creo que de pronto las cosas pueden mejorar
18. Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos
Cuando en mi vida tengo dificultades me domina una confusión de sentimientos
19. Siento como que no pertenezco a ningún lado
Siento que no pertenezco a ningún lado
20. Pienso en morirme como la forma de resolver todos los problemas
Pienso que una forma de solucionar mis problemas es morirme
21. Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto
Siento que es injusto cuando alguien logra lo que yo no tengo (o puedo)
22. Siento que tengo control sobre mi vida
Siento que tengo control sobre mi vida
23. Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo
Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo
24. Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer
Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer
25. Para no sentirme mal o solo/a, pienso que la solución es morirme
Para no sentirme mal o solo/a, pienso que la solución es morirme
26. Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad. Nadie me amaría si realmente me conociera bien
Pensaba que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad. Nadie me amaría si realmente me conociera bien
27. Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser
Es posible que me convierta en el tipo de persona que quiero ser

28. Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme)
Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (derrumbarme)
29. Los buenos sentimientos que la gente tiene a cerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo los voy a defraudar.
Los buenos sentimientos que la gente tiene a cerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo porque los voy a defraudar.
30. Si mis cosas empeorasen, creo que me mataría
Si las cosas empeoran, creo que me mataría

Test ISO 30 Modificado

1. Debo ser un/a soñador/a porque siempre estoy esperando cosas que no resultan, que no pasan
2. Tengo muchas oportunidades de ser feliz en el futuro
3. Generalmente pienso que hasta los peores sentimientos desaparecerán
4. Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono (con las que me llevo) no perderán la esperanza en mí
5. Las personas con las que me relaciono (con las que me llevo) no me necesitan para nada
6. Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa
7. La mayor parte de mi vida se ha desarrollado en la forma que escogí
8. Debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo
9. Creo que causo problemas a la gente que me rodea
10. El suicidio es la solución para evitar que las cosas no empeoren
11. Siento que me mintieron, ya que la vida no es para nada justa
12. Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales
13. Si lo necesito, aun cuando estoy enojado/a por algo, puedo forzarme a mi mismo a pensar claramente
14. Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien
15. Creo que seré incapaz de encontrar suficiente valor para enfrentar la vida

16. Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz
17. Aun cuando me siento sin esperanza, creo que de pronto las cosas pueden mejorar
18. Cuando en mi vida tengo dificultades me domina una confusión de sentimientos
19. Siento que no pertenezco a ningún lado
20. Pienso que una forma de solucionar mis problemas es morirme
21. Siento que es injusto cuando alguien logra lo que yo no tengo (o puedo)
22. Siento que tengo control sobre mi vida
23. Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo
24. Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer
25. Para no sentirme mal o solo/a, pienso que la solución es morirme
26. Pensaba que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad. Nadie me amaría si realmente me conociera bien
27. Es posible que me convierta en el tipo de persona que quiero ser
28. Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (derrumbarme)
29. Los buenos sentimientos que la gente tiene a cerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo porque los voy a defraudar.
30. Si las cosas empeoran, creo que me mataría

2.1.2 ESQUEMATIZACIÓN Y FORMULACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE LOS RIESGOS ASOCIADOS A PARTIR DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM IV.

En estas secciones del formulario se describen preguntas que fueron previamente probadas en grupos focales y aplicadas a grupos piloto en donde basándonos en los criterios del DSM IV y asignándole las puntuaciones que corresponden (descritos en el marco teórico) se determinó la presencia o no de los factores asociados como depresión, ansiedad, abuso de sustancias. En el caso de la disfunción familiar se aplicó el Test de

Apgar familiar que se trata de un cuestionario que puede ser autoadministrado o heteroadministrado y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7 - 10 puntos
- Disfuncional leve: 3 – 6
- Disfuncional grave: 0 – 2

Se describe como preguntas y luego se asignará los puntajes que son:

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
Puntuación Total			

Inmediatamente después de recoger los datos, se introdujeron los mismos en el formulario electrónico creado previamente en el sistema estadístico.

2.1.3 CONOCIMIENTO GENERAL, ADAPTACIÓN A LA PLANIFICACIÓN DE ACUERDO A LA DISPONIBILIDAD DE LA INSTITUCIÓN Y A LA DE LOS ALUMNOS.

2.1.3.1 Criterios para el establecimiento de las muestras

Nuestro universo es de 111 estudiantes del primer año de la Universidad del Azuay, de las escuelas de Medicina y Psicología, matriculados en el período lectivo 2007 - 2008, que se encuentren asistiendo a clases de forma regular con un límite de edad hasta los 19 años. La muestra es de 90 estudiantes con un error del 2,5% con un índice de

confiabilidad (IC) del 95 %; esto se calculó considerando que la prevalencia del suicidio en los adolescentes en esta edad en el Ecuador es del 8 %.

Criterios de inclusión

Se incluirán a todos los estudiantes hasta los 19 años, que estén asistiendo a clases, de forma regular y que acepten ingresar al estudio.

Criterios de exclusión

Quedaran fuera del estudio todos los estudiantes que estén recibiendo terapia psicológica o psiquiátrica por cualquier causa o que no acepten participar en el estudio.

2.1.4 CRITERIOS PARA LA UTILIZACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

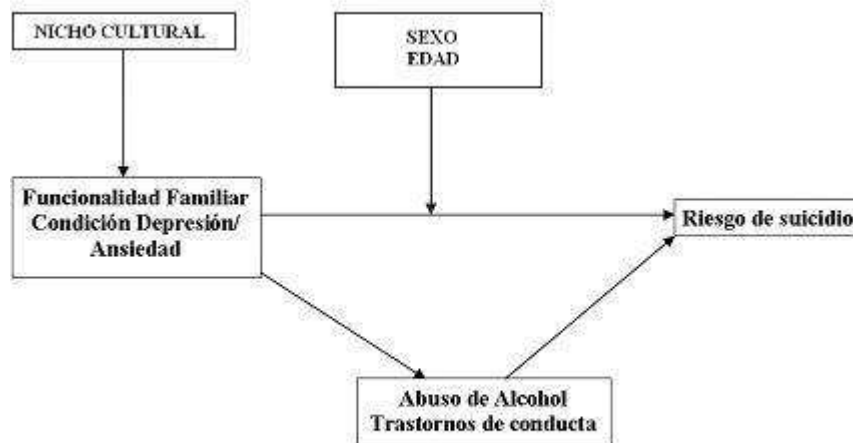
La consecuencia del intento de suicidio, no sólo es la muerte sino conlleva alteraciones permanentes tanto físicas como psicológicas; la mayoría de trabajos, incluso tesis de pregrado y posgrado se han limitado a definir los factores de riesgo, causas y formas de suicidio. Pero se pregunta ¿Eso no es resignarse a la fatídica salida?, es por eso que pensamos en que hacer, para evitar que se llegue al intento, es decir cortar la cadena e intervenir en la historia natural de la enfermedad de forma temprana.

Los autores del test ISO 30, *King y Kowalchuk (1994) (1)*, han hecho avances significativos en la prevención del intento de suicidio. En Argentina el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas presentó un informe sobre los avances en prevención aplicando este test que fue traducido al español por Casullo en el 2004. En otros países todos los esfuerzos son a niveles locales lo que no se compara con la importancia de este estudio en el que se podría involucran a muchas instituciones que tienen el poder de decisión. En la actualidad, no se tienen mayores alcances sobre el tema en nuestro país. Lo que se tiene claro son las causas y los factores de riesgo, que se adjunta en el marco teórico del trabajo y en la bibliografía de respaldo.

Plan de tabulación, análisis y evaluación

Se utilizó el programa estadístico SPSS 13.0 para el procesamiento de la información, al tratarse de prevalencia y riesgos asociados utilizamos pruebas estadísticas descriptivas: frecuencia, media, mediana, desvío estándar. Para la asociación de riesgo utilizamos la razón de prevalencia y el Odds Ratio, además, para la validación las pruebas estadísticas de Chi Cuadrado y/o el Test exacto de Fisher dependiendo si la distribución de la muestra es o no normal. Además realizamos una región multivariada para buscar la asociación

Variables



VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE VALORACIÓN
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la encuesta	Años	Años cumplidos	Número de años
RIESGO DE SUICIDIO	Nivel de posibilidades para que una persona intente suicidarse, evaluado por el Test ISO 30 Modificado	Nivel de posibilidades	Resultados del Test ISO 30 Modificado: ----- -bajo ----- -moderado ----- -alto	----- -Menos de 30 y menos de 3 ítems críticos ----- -31-44 y menos de 3 ítems críticos ----- -Mas de 45 o más de 3 ítems críticos
SEXO	Presencia de caracteres sexuales secundarios	Tipo de género	Fenotipo	Masculino Femenino
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	Características de roles de los miembros de la familia y la percepción que tienen de su familia	Características de roles y percepción:	Resultados del test de Apgar Familiar ----- Normofuncional ----- Disfuncional leve ----- Disfuncional Grave	----- 7-10 Normofuncional ----- 0-2 disfunción leve ----- 0 disfunción grave
ESTRUCTURA FAMILIAR	Características de la composición familiar	Características	Tipo de familia: Nuclear Extendida Desestructurada	SI NO
CONDICIÓN DE ANSIEDAD	Preocupación o temores exagerados en relación con la salud, aspectos económicos, laborales, familiares y otros.	Preocupación o temores	Criterios diagnósticos de ansiedad del DSMIV Al menos a tres de los siguientes síntomas en los últimos 12 meses: -Desasosiego o inquietud motora -Fatigabilidad fácil	SI NO

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE VALORACIÓN
			-Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco -Irritabilidad -Tensión muscular -Trastorno del sueño (dificultad para conciliarlo, mantenerlo, o sueño inquieto no reparador).	
CONDICIÓN DE DEPRESION	Trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiesta ansiedad y síntomas somáticos variados.	Estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida.	Criterios diagnósticos de depresión del DSMIV Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el período de las mismas dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) ánimo deprimido o (2) pérdida del interés o placer: -Los síntomas causan sufrimiento clínico significativo o trastorno en funcionamiento social, ocupacional, o en otras áreas importantes del funcionamiento. -No se debe a efectos de una sustancia (droga de abuso o medicación) o a una condición médica general (ejemplo hipotiroidismo) -Los síntomas no son mejor	SI NO

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE VALORACIÓN
TRASTORNO DISOCIAL	Patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto.	Comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros.	<p>explicados por duelo, es decir, después de la pérdida de un ser amado, los síntomas persisten más de dos meses o están caracterizados por marcado menoscabo funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retardo psicomotor.</p> <p>Criterios diagnósticos para trastorno disocial del DSMIV</p> <p>Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Agresión a personas y animales -Destrucción de la propiedad -Fraudulencia o robo -Violaciones graves de normas 	SI NO

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE VALORACIÓN
			<p>-El trastorno disocial provoca deterioro clínico significativo o trastorno en funcionamiento social, ocupacional, o en otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>-Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.</p>	
ABUSO DE ALCOHOL	consumo que excede las costumbres dietéticas de la comunidad o que produce conflictos familiares, laborales y/o sociales	Consumo de alcohol	<p>Criterios diagnósticos para abuso de alcohol del DSMIV</p> <p>Patrón maladaptativo de uso de sustancias que lleva a trastorno clínico que se presentan en algún momento de los últimos 12 meses:</p> <p>-Tolerancia pronunciada: necesidad de cantidades muy aumentadas de la sustancia (es decir, como mínimo un 50% de aumento) para lograr intoxicación o efecto deseado, o efecto muy disminuido con el empleo continuado de la misma cantidad.</p> <p>-Síntomas característicos de la abstinencia.</p>	Si No

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE VALORACIÓN
			<p>-Sustancia tomada con frecuencia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.</p> <p>-Sustancia con frecuencia tomada en cantidades mayores o en un período más largo de que la persona intenta.</p> <p>-Deseo persistente o uno o más esfuerzos infructuosos para cortar o controlar el uso de la sustancia.</p> <p>-Mucho tiempo pasado en actividades necesarias para obtener la sustancia (por ejemplo: robo), tomar la sustancia (por ejemplo: fumar en cadena) o recuperarse de sus efectos.</p> <p>-Intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando se espera cumplir un rol principal en obligaciones del colegio, trabajo u hogar (por ejemplo no va al trabajo por que está suspendido, va al colegio o el trabajo "elevado", intoxicado mientras cuida a sus hijos), o cuando el uso de la sustancia es físicamente peligroso (por ejemplo, conduce intoxicado).</p>	

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE VALORACIÓN
			<p>-Actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes abandonadas o reducidas debido al uso de la sustancia.</p> <p>-El uso de la sustancia continúa a pesar del conocimiento del tener un problema social, psicológico o físico persistente o recurrente que es provocado o exacerbado por el empleo de la sustancia.</p>	

2.2 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 RESULTADOS GENERALES

Se trabajó con una muestra de n=89 de estos el 89,9% (n=72) son estudiantes de psicología y el 19,1% (n=17) son de medicina. Del sexo masculino son 20,2% (n=18) y del sexo femenino 79,8% (n=71), 96,6% (n=86) son solteros y 3,4% (n=3) son casados, con una edad media de 18,51 años, la moda y mediana es de 19 años, con un desvío estándar de 1,08. Se realizó un análisis encontrándose una distribución normal.

La frecuencia de los pacientes que presentaron riesgo de suicidio fue: leve 76,4% (n=68), moderado 19,1% (n=17), y grave 4,5% (n=4).

De esta muestra a continuación se describe la distribución de los factores asociados que hemos estudiado.

Tabla No.1

Frecuencia de los factores asociados al riesgo de suicidio en los estudiantes encuestados Cuenca-junio de 2008

Factor Asociado	SI		NO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Depresión	17	19,1	72	80,9	89	100
Ansiedad	21	23,6	68	76,4	89	100
abuso de alcohol	10	11,2	79	88,8	89	100
Problemas de conducta	5	5,6	84	94,4	89	100
Disfunción Familiar Leve	14	15,7	75	84,3	89	100
Disfunción Familiar Grave	1	1,1	88	98,9	89	100

Fuente: Encuestas. Elaboración: Los autores.

Como se puede observar, los factores asociados que más frecuentemente se encontraron son: la ansiedad con 23,6% (n=21) y la depresión con 19,1% (n=17) y el que menos se encontró fue la disfunción familiar grave, con 1 caso.

Tabla No.2

Distribución del riesgo de suicidio en los estudiantes de Psicología y Medicina de la UDA Cuenca-junio de 2008.

Riesgo de Suicidio		N	%	Porcentaje Acumulado
Valoración	RIESGO ALTO	4	4,5	4,5
	RIESGO MODERADO	17	19,1	23,6
	RIESGO BAJO	68	76,4	100,0
	Total	89	100,0	

Fuente: Formularios. Elaboración: Los autores.

Como se observa, el riesgo alto es del 4,5% (n=4) y el moderado de 19,1% (n=17), sin embargo, no es despreciable considerar que le 23,6% (n=21) de los 89 estudiantes del estudio tienen algún riesgo de suicidio.

Tabla No. 3

Distribución de factores asociados según el sexo en estudiantes de Psicología y Medicina de la UDA Cuenca-junio de 2008.

	Mujeres			Hombres		
	N	%	total	N	%	total
Depresión	15	21.10	71	2	11.10	18
Ansiedad	15	21.10	71	6	33.30	18
Abuso de alcohol	7	9.90	71	3	16.70	18
P. de conducta	2	2.80	71	3	16.70	18
Disfunción familiar Moderada	9	12.70	71	5	27.80	18
Disfunción familiar Alta	1	1.40	71	0	0.00	18
Riesgo de suicidio	15	21.10	71	6	33.30	18

Fuente: Formularios. Elaboración: Los autores

A partir de estos resultados podemos constatar que existe un mayor riesgo de suicidio en varones, (33.30%) al de la mujeres (21.10%). Es

importante considerar que los varones presentan mayor frecuencia riesgo de suicidio, este es el único grupo en el que el sexo es un riesgo asociado.

Tabla No. 4

Distribución de factores asociados según los estudiantes de las carreras de Psicología y Medicina de la UDA Cuenca-junio de 2008.

	Psicología (n=72)			Medicina (n=17)	
Depresión	16	22,20%		1	5,90%
Ansiedad	16	22,20%		5	29,40%
Abuso de alcohol	9	12,50%		1	5,90%
P. de conducta	5	6,90%		0	0,00%
Disfunción familiar Moderada	11	15,30%		3	17,60%
Disfunción familiar Alta	1	1,40%		0	0,00%
Riesgo de suicidio	16	22,20%		5	29,40%

Elaborado por: Autores Fuente: Encuestas

En esta tabla se puede observar un mayor riesgo de suicidio en estudiantes de medicina (29.40%) asociados a la ansiedad (29.40%) y disfunción familiar moderada (17.60%) mientras que en la escuela de psicología se asocian el riesgo de suicidio (22.20%) a la depresión (22.20%). y ansiedad (22.20%).

Tabla No. 5

Asociación de resultados mediante la utilización de las pruebas de Odds Ratio y Chi cuadrado en datos de los estudiantes de las carreras de Psicología y Medicina de la UDA Cuenca-junio de 2008.

Riesgo	Odds Ratio	IC	P	
Sexo Femenino	0,634	0,287 - 1,4	0,352	NO
Sexo Masculino	1,57	0,7 - 3,4	0,352	NO
Depresión	2,6	1,28 - 5,27	0,023	SI
Ansiedad	4,31	2,11 -8,80	0,0001	SI
Abuso de alcohol	1,85	0,78 -4,42	0,23	NO
Trastornos de Conducta	1,7	0,56 -5,55	0,58	NO
Disfunción Familiar Moderada	10,71	5,29- 21,69	0,0001	SI
Disfunción Familiar Alta	1,31	1,16 - 1,47	1	NO
Escuela	1,32	0,56 -3,1	0,53	NO

Elaborado por: Autores Fuente: Encuestas

De los resultados obtenidos mediante las pruebas de validación, podemos concluir que: la depresión, la ansiedad y la disfunción familiar moderada tiene un valor estadísticamente significativo, teniendo en cuenta que el valor de p debe ser menor a 0,05 para que se considere como un factor de riesgo asociado al suicidio.

2.2.2 ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LOS DATOS

La frecuencia de los pacientes que presentaron riesgo de suicidio fue: leve 76,4% (n=68), moderado 19,1% (n=17), y grave 4,5% (n=4).

Como se puede observar los factores asociados que más frecuentemente se encontraron fueron: la ansiedad con 23,6% (n=21) y la depresión con 19,1% (n=17) y el que menos se encontró fue la disfunción familiar grave con apenas 1 caso.

El riesgo alto es de 4,5% (n=4) y el moderado de 19,1% (n=17), en lo que respecta el sexo tenemos que existe un mayor riesgo de suicidio en varones con 33.30% al de la mujeres con un 21.10%. Según el análisis entre escuelas se concluye que existe un mayor riesgo de suicidio en estudiantes de medicina con el 29.40%. De este total, el 29.20% se asocia a la ansiedad y el 17.60% a una disfunción familiar moderada, mientras que en la escuela de psicología el riesgo de suicidio alto es de un 22.20% y de este total, el 22.20% esta en relación con la depresión y un 22,20% se asocia a la ansiedad.

Es importante señalar que el presente estudio se enmarca en un proceso llamado “screening”, es decir, el universo de trabajo podría presentar en sus resultados cierto número de “falsos positivos” debiendo considerarse que, dadas las características del fenómeno en estudio, no podría permitirse la posibilidad de pasar por alto casos de personas con alto riesgo de suicidio que no sean detectadas por las herramientas de evaluación, al contrario, un resultado de falso positivo sólo sería un indicador para ser confirmado por una evaluación posterior.

2.3 CONCLUSIONES

1) La prevalencia de riesgo alto de suicidio en los estudiantes de la universidad del Azuay, de los primeros años de medicina y psicología, tiene un índice significativo, lo cual se debe tomar en cuenta, puesto que las dos carreras están ligadas con la salud y sus representantes influyen de manera directa en la sociedad como modelos de la salud y estabilidad mental.

El hecho de iniciarse en una carrera universitaria juega un rol muy importante dentro de la estabilidad personal puesto que conlleva presiones ambientales, familiares, sociales y personales, además, cambios que van a tener gran importancia en el futuro de la persona. Es por ello que el joven

ingresa a una crisis existencial que tiene duración hasta lograr una debida adaptación o eventualmente termina convirtiéndose en frustración, deserción, ausentismo o fracaso académico; Todo esto, asociado con otros factores de riesgo generan ansiedad y depresión.

2) En nuestro universo de estudio se han determinado factores asociados al riesgo de suicidio tales como la ansiedad y la depresión, de lo cual se podría suponer que estos factores se encuentran estrechamente ligados con la elección de carrera, considerándolo desde un punto de vista psicoanalítico, una elección es tomada de acuerdo con necesidades conscientes e inconscientes; por lo tanto, el escoger una opción de esta clase, se puede determinar como la búsqueda de una cura de dolencias o preocupaciones ya sea de su cuerpo o del alma.

3) La incidencia del riesgo de suicidio es mayor en los varones lo cual se ratifica con estudios anteriores, tomando en cuenta que existe un menor grado en el control de los impulsos, y este factor se relaciona con problemas de conducta y el consumo de alcohol que se presentan en este grupo etéreo.

4) La disfunción familiar no tiene un nivel relevante como factor asociado al riesgo de suicidio en el grupo de estudio, pues se tiene que considerar que en este rango de edad, pesa más la aceptación de un grupo y lo referente a la imagen física que el adolescente tiene o asume que tiene de si mismo, imagen que, muchas veces es guiada por los modelos sociales de moda.

La prevalencia de riesgo de suicidio en los estudiantes de la Universidad del Azuay de las escuelas de Medicina y Psicología es relevante, pues se dice que de cada 90 estudiantes que ingresen a la carrera, 21 de éstos presentarían un riesgo de suicidio entre alto y moderado. Esta es, una cifra considerable y digna de ser tomada en cuenta para un manejo posterior en la prevención detección y tratamiento, lo que llevará a reducir no sólo el índice de suicidios en adolescentes que, hoy en día, a nivel del Ecuador, tiene una prevalencia del 8%, sino también aportaría a una reducción del malestar y sufrimiento psicológico que estos jóvenes estarían afrontando durante esta importante etapa de su vida.

CONCLUSIONES

El suicidio, en la actualidad, se ha convertido en un problema de salud cada vez más relevante y con mayores implicaciones sociales e incidencia sobre todo entre los adolescentes y adultos jóvenes. Pese a esto, los estudios y datos sobre los diferentes aspectos de esta problemática se muestran insuficientes ante su real dimensión.

Luego de la aplicación de las herramientas de valoración que sirvieron al proceso investigativo, del cruce las variables para la identificación del riesgo suicida y la asociación de estos factores con los riesgos moderado y alto de cometer suicidio, podemos concluir lo siguiente:

1) La prevalencia de *riesgo alto* de suicidio en los estudiantes de la universidad del Azuay, de los primeros años de medicina y psicología, tiene un índice significativo del 4,5% y de *riesgo moderado* el 19,1%; debiéndose tomar en cuenta esta cifra para una posterior intervención en el ámbito de prevención y posible tratamiento,

2) En este estudio se han determinado factores asociados al riesgo de suicidio, tales como la ansiedad (23.6%) y la depresión (19.1%), ligadas directamente con la elección de carrera.

3) La incidencia del riesgo de suicidio es mayor en los varones (33.3%) que en las mujeres (21.1%), lo cual se ratifica con estudios anteriores, considerando que en los varones existe un menor grado de control de los impulsos.

4) La disfunción familiar grave no tiene un nivel relevante como factor asociado al riesgo de suicidio en el grupo de estudio.

5) La prevalencia de riesgo de suicidio, en los estudiantes de la Universidad del Azuay de las escuelas de Medicina y Psicología, es de 23.6% cifra obtenida de la suma del riesgo alto y moderado, este dato, es muy relevante, pues se concluye que de cada 90 estudiantes que ingresen a la carrera, 21 de éstos presentarían un riesgo de suicidio entre alto y moderado.

A partir de estas conclusiones nos permitimos recomendar:

1) Iniciar un proceso sistemático de prevención, detección y su posterior derivación para su tratamiento a los Departamentos de Psicología de la Universidad, con la finalidad de aportar en la reducción de intentos de suicidio de los adolescentes. Al llevar a cabo la detección de los casos, se logrará mejorar los pronósticos del diagnóstico, tener una mejor calidad y desempeño académico de los representantes de las carreras de Medicina y Psicología de la universidad del Azuay.

2) Realizar un proceso de evaluación más profunda a los estudiantes que ingresan a los primeros años de Medicina y Psicología, puesto que son carreras que su estudio conlleva responsabilidades sociales, personales y académicas que intervienen directamente en la persona y en la sociedad a manera de frustraciones e identificaciones lo cual influye en el equilibrio mental de los individuos. La evaluación no pretende la exclusión, sino más bien el exitoso proceso de integración de los estudiantes aminorando la deserción académica y el gasto de recursos personales como institucionales.

3) Desarrollar e incrementar estudios en este campo, en un período anual (para determinar estacionalidad), con un mayor número de encuestados y el estudio de otras variables, que nos ayuden a entender mejor este complejo fenómeno.

BIBLIOGRAFIA

1. CAMPOS Marco et al, *Prevención del suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes*, Liseo de Aserri-Colegio Nuestra Señora de los desamparados, San Jose Cost Rica 2004.
2. *Censo Poblacional del Ecuador 2001*, www.inec.gov.ec
3. Consejo de Seguridad Ciudadana, Archivo de registro de llamadas, I. Municipalidad de Cuenca, 2006.
4. CASULLO, M., BONALDI, P., LIPORACE, M., *Comportamientos Suicidas en la adolescencia, Morir antes de la muerte*, 2da Ed, Buenos Aires, Argentina, 2004.
5. Council on Scientific Affairs. *Results and implications of the AMA-APA Physician Mortality Project, Stage II*. JAMA 1987; 257:2949-2953. www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v13n1/v13n1ao3.pdf
6. CRAIG, G., *Desarrollo Psicológico*, Pentice Hall, 8va Ed, Mexico, 2001.
7. DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Ed. Masson 3ra Reimpresión de la 1ra. Edición. Madrid España 2004
8. GORENCK, D; FLORES, J. A; PEREDO, S; ABREU L, F.; PACURUCU, S; NUNEZ, R.; *Los suicidios sin registrar en México y Ecuador : un estudio comparativo*. Revista mexicana de sociología 1999, vol. 61, nº1, pp. 123-149 (4 p.3/4) ISSN 0188-2503
9. GRANMEGNA S, Gloria; LORA, L. Rocío; AHUMADA, F. Paulina. Análisis base de datos LARRAGUIBEL Q., Marcela, GONZALEZ M., Patricia, MARTINEZ N., Vania et al. *Factores de unidad de hospitalización de corta estadía (uhce): Psiquiatría. Hospital Dr. Sótero del Río. Rev. chil. neuro-psiquiatr.*, mar. 2006, vol.44, no.1, p.23-38. ISSN 0717-9227.
10. GUIBERT REYES, Wilfredo y ALONSO ROLDAN, Ada P. *Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas*. Rev Cubana Med Gen Integr, mar.-abr. 2001, vol.17, no.2, p.155-163. ISSN 0864-2125.
11. GUIBERT REYES, Wilfredo y DEL CUETO DE INASTRILLA, Eloísa R. *Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida*. Rev Cubana Med Gen Integr, sep.-oct. 2003, vol.19, no.5, p.0-0. ISSN 0864-2125.
12. GUIBERT REYES, Wilfredo y TORRES MIRANDA, Niurka. *Intento suicida y funcionamiento familiar*. Rev Cubana Med Gen Integr, sep.-oct. 2001, vol.17, no.5, p.452-460. ISSN 0864-2125.

13. GUIBERT REYES, Wilfredo. *Epidemiología de la conducta suicida*. Rev Cubana Med Gen Integr, Abr 2002, vol.18, no.2, p.139-142. ISSN 0864-2125.
14. GUIBERT REYES, Wilfredo. *La promoción de salud ante el suicidio*. Rev Cubana Med Gen Integr, ene.-feb. 2002, vol.18, no.1, p.33-45. ISSN 0864-2125.
15. HAQUIN F, Carlos, LARRAGUIBEL Q, Marcela y CABEZAS A, Jorge. *Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama*. Rev. chil. pediatr., oct. 2004, vol.75, no.5, p.425-433. ISSN 0370-4106.
16. HAWTON K, Fagg J: *Deliberate self-poisoning and self injury in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1976-1989*. Br J Psychiatry 1992; 161: 816-23. [Medline]
17. HERNANDEZ TRUJILLO, Ariane, REBUSTILLO ESCUDERO, Gloria Teresita, DANAUY ENAMORADO, Marlene de la C et al. *Influencia del medio familiar en un grupo de 5 a 19 años con riesgo suicida*. Rev Cubana Med Gen Integr, jul.-ago. 1999, vol.15, no.4, p.372-377. ISSN 0864-2125
18. HERRERA SANTI, Patricia M y AVILES BETANCOURT, Kenya. *Factores familiares de riesgo en el intento suicida*. Rev Cubana Med Gen Integr, mar.-abr. 2000, vol.16, no.2, p.134-137. ISSN 0864-2125.
19. HOLLIS C: *Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 622-30.
20. Hospital Homero Castanier Crespo, *Archivos del Servicio de Emergencia, Azogues, 2006*.
21. Hospital Vicente Corral Moscoso, *Archivo del Servicio de Emergencia, Cuenca, 2006*.
22. Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA). Red de Información. *"Cartilla de indicadores sobre adolescentes ecuatorianos"*, 2001. (SIISE – SININEZ 1999, INEC - Estadísticas Vitales 1999)
23. KAPLAN, H., SADOCK, B., *Compendio de Psiquiatría*, 2da Ed, Salvat, Mexico, 1992
24. KING. J., Kowalchuk, V., ISO – 30, *Inventory of Suicide Orientations, Minnesota: National Computer Systems, 1994*
25. LARRAGUIBEL Q., Marcela, GONZALES M., Patricia, MARTINEZ N., Vania, et al. *Riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes*. Rev. chil. pediatr., mayo 2000, vol.71, no.3, p.183-191. ISSN 0370-4106.
26. MENDEZ, Juan Carlos, OPGAARD, Alfredo y REYES, Jimmy. *Suicidio en la Región de Antofagasta 1989-1999 ¿Existe una tendencia creciente?*. Rev. chil. neuro-psiquiatr., oct. 2001, vol.39, no.4, p.296-302. ISSN 0717-9227.
27. Organización Mundial de la Salud, *"Prevención del Suicidio en Adolescentes"*, Un instrumento para docentes y demás personal institucional" WHO/MNH/MBD/00.3 2001

28. Organización Mundial de la Salud, Perfil del País, Ecuador, *Boletín Epidemiológico*, Vol. 25 No. 2, junio 2004
29. PENA GALBAN, Liuba Y., CASAS RODRIGUEZ, Ludmila, PADILLA DE LA CRUZ, Manuel et al. *Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes*. Rev Cub Med Mil, jul.-sep. 2002, vol.31, no.3, p.182-187. ISSN 0138-6557.
30. PEREZ MARTINEZ, Víctor T. y LORENZO PARRA, Zurama. *Comportamiento del sistema de redes de apoyo social en familias que sufren la conducta suicida*. Rev Cubana Med Gen Integr, sep.-dic. 2004, vol.20, no.5-6, p.0-0. ISSN 0864-2125.
31. RIERA C, Alonso O, MASSID E. *La conducta suicida y su prevención*. La Habana: MINSAP; 1989.
32. RODRIGUEZ VALDES, Roberto, PEDRAZA VILELA, Magalys y BURUNATE POZO, Mercedes. *Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida*. Rev Cub Med Mil, ene.-mar. 2004, vol.33, no.1, p.0-0. ISSN 0138-6557
33. SALVO L, RIOSECO P, SALVO S: *Intento de suicidio en adolescentes*. Revista de Psiquiatría 1998; 1: 30-4.
34. SAMKOFF JS, HOCKENBERRY S, SIMON LJ et al. *Mortality of young physicians in the United States, 1980-1988*. Acad Med 1995; 70:242-244. www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v13n1/v13n1ao3.pdf.
35. SERFATY E: *Suicidio en la adolescencia*. Adolescencia Latinoamericana 1998; 1: 105-10.
36. TORO, R., YEPEZ, L.E., *Psiquiatria, Fundamentos de Medicina*, CIB, Medellín, Colombia, 1997

ANEXOS

Anexo 1: Inventario de orientaciones suicidas _____	1
Anexo 2: Plantilla de ingreso de datos _____	11

ANEXO 1

INVENTARIO DE ORIENTACIONES SUICIDAS ISO – 30

Elaborado por: Santiago Cordero, Pablo Tapia en colaboración con el Dr. Rolando Marín C.

UNIVERSIDAD DEL AZUAY, “ESTUDIO DE RIESGO DE SUICIDIO EN ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA Y PSICOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY: IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS ASOCIADOS”
CUENCA, 2008

La presente encuesta está destinada a identificar el riesgo que usted tiene de cometer suicidio, se identifican además algunos factores que están asociados a este riesgo. La información que usted nos provea será manejada con absoluta reserva, es decir no será divulgados sus datos personales. Si usted está de acuerdo en colaborar por favor llene el formulario y siga las instrucciones.

I SECCION: Datos de filiación

No.		Estado Civil	1	Soltero ()
Nombre			2	Casado ()
			3	Unión Libre ()
Curso			4	Divorciado ()
Edad	años			
Fecha	/ /	Sexo	1	Masculino ()
	día/mes/año		2	Femenino ()

G01	Toma usted medicamentos para la depresión	1 SI ()	2 NO ()
G02	Toma usted tranquilizantes	1 SI ()	2 NO ()
G03	Está recibiendo tratamiento con un psiquiatra o psicólogo	1 SI ()	2 NO ()
G04	Estoy recibiendo tratamiento con medicamentos por largo tiempo (en caso de que sea SI indique cual y para que)		
	Cual	1 SI ()	2 NO ()
	Para que enfermedad		

II SECCION: Depresión y Ansiedad

Por favor conteste con la verdad y señale una sola respuesta
En los últimos dos meses:

D01	Tengo el ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, me irrito con facilidad, lloro por todo	1 SI ()	2 NO ()
-----	---	----------	----------

D02	No me divierte ni quiero hacer nada, no tengo interés por nada, la mayor parte del día, casi todos los días	1 SI ()	2 NO ()
-----	---	----------	----------

D03	He perdido-ganado peso en estos meses, últimamente tengo poca-mucha hambre casi todos los días		
-----	--	--	--

		1 SI ()	2 NO ()
D04	La gente me dice que hago las cosas muy lentamente casi todos los días	1 SI ()	2 NO ()
D05	Me falta energía para realizar mis actividades, me cuesta asistir a clases casi todos los días.	1 SI ()	2 NO ()
D06	Siento que la culpa de lo que pasa es mía y por eso me siento mal casi todos los días	1 SI ()	2 NO ()
D07	Últimamente he pensado en la muerte, me he preguntado que pasaría si me suicidio incluso he pensado en la forma como lo haría	1 SI ()	2 NO ()
D08	Ha muerto algún ser querido en los últimos 2 meses	1 SI ()	2 NO ()
DA01	Tengo mucho sueño o no puedo dormir casi todos los días	1 SI ()	2 NO ()
DA02	La gente me dice que estoy inquieto/a o casi todos los días	1 SI ()	2 NO ()
DA03	No puedo pensar, ni concentrarme, casi todos los días	1 SI ()	2 NO ()
DA04	Todo esto me afecta en mi vida diaria, incluso en mi colegio y con mis amigos/as las cosas no van bien	1 SI ()	2 NO ()
A01	Me produce mucha ansiedad cualquier cosa, todo me preocupa incluso las cosas más sencillas. No puedo controlar ese nerviosismo	1 SI ()	2 NO ()
A02	Tengo tensión en los músculos que me molesta, todo por mis preocupaciones	1 SI ()	2 NO ()

III SECCION: Uso de Alcohol

G05	Toma licor? (si responde NO pase a la IV Sección)	1 SI ()	2 NO ()
-----	---	----------	----------

En los últimos 12 meses le ha pasado o le pasa ahora

DEP01	Ahora cuando tomo ya no me embriago con la misma cantidad, aguanto más	1 SI ()	2 NO ()
DEP02	Cuando dejo de tomar, necesito seguir tomando para que no me haga daño, si no vuelvo a tomar, me dan nervios, no puedo hacer nada, ni siquiera concentrarme para estudiar	1 SI ()	2 NO ()
DEP03	He visto incluso visiones o he escuchado voces si dejo de tomar, el trago me ayuda para no tener esas cosas	1 SI ()	2 NO ()
DEP04	Ahora tomo más y por más tiempo que antes sin problemas	1 SI ()	2 NO ()
DEP05	Por más que quiero no puedo dejar de tomar, así sea un poco	1 SI ()	2 NO ()
DEP06	Hago lo que sea para conseguir y tomar alcohol, pido prestado plata o busco con quien tomar no importa si tengo que buscar a alguien que me acompañe todo el día	1 SI ()	2 NO ()
DEP07	He llegado a robar para conseguir dinero para el alcohol o he mentido que necesito plata para otras cosas y la gasto en alcohol	1 SI ()	2 NO ()
DEP08	He faltado a clases por culpa del alcohol, por tomar o por estar "chuchaqui" me he sentido enfermo y no he ido a clases	1 SI ()	2 NO ()
DEP09	Por tomar tengo problemas en mi casa con mis padres	1 SI ()	2 NO ()
DEP10	Mis amigos/as ya no se llevan conmigo porque tomo mucho, pero he conseguido otros/as que toman conmigo	1 SI ()	2 NO ()
DEP11	Ya no hago deporte ni ninguna otra actividad que hacía antes en mi tiempo libre porque estoy tomado/a o por conseguir alcohol	1 SI ()	2 NO ()
DEP12	Estoy conciente que tengo un problema con el alcohol pero no puedo hacer nada para evitarlo	1 SI ()	2 NO ()

IV SECCIÓN: Trastornos de Conducta

AG01	Con frecuencia hago a larde de mi fuerza, amenazo e intimidado a otros/as	1 SI ()	2 NO ()
AG02	A menudo inicio peleas físicas con cualquier persona	1 SI ()	2 NO ()
AG03	He utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras Personas (por ejemplo: bate, ladrillo, botella, navaja, pistola).	1 SI ()	2 NO ()
AG04	He manifestado crueldad física con personas (hacerles sentir dolor o sufrimiento)	1 SI ()	2 NO ()
AG05	He manifestado crueldad física con animales se dolor) (golpeado, maltratado, o hacer cosas que les cau	1 SI ()	2 NO ()
AG06	He robado enfrentándome a la víctima (por ejemplo: ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada)	1 SI ()	2 NO ()
AG07	He forzado a alguien para tener una actividad sexual	1 SI ()	2 NO ()
AG08	He provocado incendios en propiedad ajena o mía por gusto	1 SI ()	2 NO ()
AG09	He causado daño a propiedad de otros o mía (que no sea incendio) solo por gusto	1 SI ()	2 NO ()
AG10	He violentado el hogar, la casa o el automóvil de otros	1 SI ()	2 NO ()
AG11	A menudo miento para obtener vienes o favores para evitar obligaciones (esto es, "estafa" a otros)	1 SI ()	2 NO ()
AG12	He robado objetos de cierto valor sin enfrentamientos con la víctima (por ejemplo: robos en las tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)	1 SI ()	2 NO ()

AG13	A menudo permanezco fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones de mis padres, ya hago esto desde antes de los 13 años de edad	1 SI ()	2 NO ()
------	--	----------	----------

AG14	Me he escapado de casa de mi familia, donde vivo, durante la noche por lo menos 2 veces (o solo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)	1 SI ()	2 NO ()
------	--	----------	----------

AG15	Suelo hacer revueltas en la escuela, lo he hecho desde antes de los 13 años de edad	1 SI ()	2 NO ()
------	---	----------	----------

AG16	Este comportamiento me ha causado problemas en mi casa y/o también en el colegio, y/o mis amigos ya no quieren estar conmigo porque me tienen miedo o tienen miedo que les meta en problemas	1 SI ()	2 NO ()
------	--	----------	----------

V SECCION: Funcionamiento Familiar

F01	Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema	Casi Nunca (1)	2 A veces ()	3 Siempre ()
-----	--	------------------	---------------	---------------

F02	Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa	Casi Nunca (1)	2 A veces ()	3 Siempre ()
-----	--	------------------	---------------	---------------

F03	Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa	Casi Nunca (1)	2 A veces ()	3 Siempre ()
-----	---	------------------	---------------	---------------

F04	Está satisfecho con el tiempo que Ud. y su familia pasan juntos	Casi Nunca (1)	2 A veces ()	3 Siempre ()
-----	---	------------------	---------------	---------------

F05	Siente que su familia le quiere	Casi Nunca (1)	2 A veces ()	3 Siempre ()
-----	---------------------------------	------------------	---------------	---------------

F06	Soy hijo único	1 SI ()	2 NO ()
-----	----------------	----------	----------

F07	Vivo con ambos padres	1 SI ()	2 NO ()
F08	Vivo con uno de mis padres (sus padres no viven juntos)	1 SI ()	2 NO ()
F09	Vivo con ambos padres y con otros familiares en mi casa	1 SI ()	2 NO ()
F10	Vivo con uno de mis padres en casa de otros familiares	1 SI ()	2 NO ()
F11	Vivo con ambos padres en casa de otros familiares	1 SI ()	2 NO ()

VI SECCIÓN: Riesgo de Suicidio

T01	Debo ser un/a soñador/a porque siempre estoy esperando cosas que no resultan, que no pasan	1 No estoy de acuerdo en nada ()	2 Estoy en parte en desacuerdo ()	3 Estoy en parte de acuerdo ()	4 Estoy de acuerdo en todo ()
T02	Tengo muchas oportunidades de ser feliz en el futuro	1 No estoy de acuerdo en nada ()	2 Estoy en parte en desacuerdo ()	3 Estoy en parte de acuerdo ()	4 Estoy de acuerdo en todo ()
T03	Generalmente pienso que hasta los peores sentimientos desaparecerán	1 No estoy de acuerdo en nada ()	2 Estoy en parte en desacuerdo ()	3 Estoy en parte de acuerdo ()	4 Estoy de acuerdo en todo ()
T04	Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono (con las que me llevo) no perderán la esperanza en mí	1 No estoy de acuerdo en nada ()	2 Estoy en parte en desacuerdo ()	3 Estoy en parte de acuerdo ()	4 Estoy de acuerdo en todo ()
T05	Las personas con las que me relaciono (con las que me llevo) no me necesitan para nada	1 No estoy de acuerdo en nada ()	2 Estoy en parte en desacuerdo ()	3 Estoy en parte de acuerdo ()	4 Estoy de acuerdo en todo ()

T06	Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa
	1 No estoy de acuerdo en nada () 2 Estoy en parte en desacuerdo () 3 Estoy en parte de acuerdo () 4 Estoy de acuerdo en todo ()

T07	La mayor parte de mi vida se ha desarrollado en la forma que escogí
	1 No estoy de acuerdo en nada () 2 Estoy en parte en desacuerdo () 3 Estoy en parte de acuerdo () 4 Estoy de acuerdo en todo ()

T08	Debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo
	1 No estoy de acuerdo en nada () 2 Estoy en parte en desacuerdo () 3 Estoy en parte de acuerdo () 4 Estoy de acuerdo en todo ()

T09	Creo que causo problemas a la gente que me rodea
	1 No estoy de acuerdo en nada () 2 Estoy en parte en desacuerdo () 3 Estoy en parte de acuerdo () 4 Estoy de acuerdo en todo ()

T10	El suicidio es la solución para evitar que las cosas no empeoren
	1 No estoy de acuerdo en nada () 2 Estoy en parte en desacuerdo () 3 Estoy en parte de acuerdo () 4 Estoy de acuerdo en todo ()

T11	Siento que me mintieron, ya que la vida no es para nada justa
	1 No estoy de acuerdo en nada () 2 Estoy en parte en desacuerdo () 3 Estoy en parte de acuerdo () 4 Estoy de acuerdo en todo ()

T12	Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales
	1 No estoy de acuerdo en nada () 2 Estoy en parte en desacuerdo () 3 Estoy en parte de acuerdo () 4 Estoy de acuerdo en todo ()

T13	Si lo necesito, aun cuando estoy enojado/a por algo, puedo forzarme a mi mismo a pensar claramente
	1 No estoy de acuerdo en nada () 2 Estoy en parte en desacuerdo () 3 Estoy en parte de acuerdo () 4 Estoy de acuerdo en todo ()

T14	Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien
	1 No estoy de acuerdo en nada () 2 Estoy en parte en desacuerdo () 3 Estoy en parte de acuerdo () 4 Estoy de acuerdo en todo ()

T15	Creo que seré incapaz de encontrar suficiente valor para enfrentar la vida
	1 No estoy de acuerdo en nada () 2 Estoy en parte en desacuerdo () 3 Estoy en parte de acuerdo () 4 Estoy de acuerdo en todo ()

T16	Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz
	1 No estoy de acuerdo en nada () 2 Estoy en parte en desacuerdo () 3 Estoy en parte de acuerdo () 4 Estoy de acuerdo en todo ()

T17	Aun cuando me siento sin esperanza, creo que de pronto las cosas pueden mejorar
	1 No estoy de acuerdo en nada () 2 Estoy en parte en desacuerdo () 3 Estoy en parte de acuerdo () 4 Estoy de acuerdo en todo ()

T18	Cuando en mi vida tengo dificultades me domina una confusión de sentimientos
	1 No estoy de acuerdo en nada () 2 Estoy en parte en desacuerdo () 3 Estoy en parte de acuerdo () 4 Estoy de acuerdo en todo ()

T19	Siento que no pertenezco a ningún lado
	1 No estoy de acuerdo en nada () 2 Estoy en parte en desacuerdo () 3 Estoy en parte de acuerdo () 4 Estoy de acuerdo en todo ()

T20	Pienso que una forma de solucionar mis problemas es morirme
	1 No estoy de acuerdo en nada ()
	2 Estoy en parte en desacuerdo ()
	3 Estoy en parte de acuerdo ()
	4 Estoy de acuerdo en todo ()

T21	Siento que es injusto cuando alguien logra lo que yo no tengo (o puedo)
	1 No estoy de acuerdo en nada ()
	2 Estoy en parte en desacuerdo ()
	3 Estoy en parte de acuerdo ()
	4 Estoy de acuerdo en todo ()

T22	Siento que tengo control sobre mi vida
	1 No estoy de acuerdo en nada ()
	2 Estoy en parte en desacuerdo ()
	3 Estoy en parte de acuerdo ()
	4 Estoy de acuerdo en todo ()

T23	Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo
	1 No estoy de acuerdo en nada ()
	2 Estoy en parte en desacuerdo ()
	3 Estoy en parte de acuerdo ()
	4 Estoy de acuerdo en todo ()

T24	Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer
	1 No estoy de acuerdo en nada ()
	2 Estoy en parte en desacuerdo ()
	3 Estoy en parte de acuerdo ()
	4 Estoy de acuerdo en todo ()

T25	Para no sentirme mal o solo/a, pienso que la solución es morirme
	1 No estoy de acuerdo en nada ()
	2 Estoy en parte en desacuerdo ()
	3 Estoy en parte de acuerdo ()
	4 Estoy de acuerdo en todo ()

T26	Pensaba que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad. Nadie me amaría si realmente me conociera bien
	1 No estoy de acuerdo en nada ()
	2 Estoy en parte en desacuerdo ()
	3 Estoy en parte de acuerdo ()
	4 Estoy de acuerdo en todo ()

T27	Es posible que me convierta en el tipo de persona que quiero ser
	1 No estoy de acuerdo en nada ()
	2 Estoy en parte en desacuerdo ()
	3 Estoy en parte de acuerdo ()
	4 Estoy de acuerdo en todo ()

T28	Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (derrumbarme)
	1 No estoy de acuerdo en nada ()
	2 Estoy en parte en desacuerdo ()
	3 Estoy en parte de acuerdo ()
	4 Estoy de acuerdo en todo ()

T29	Los buenos sentimientos que la gente tiene a cerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo porque los voy a defraudar.
	1 No estoy de acuerdo en nada ()
	2 Estoy en parte en desacuerdo ()
	3 Estoy en parte de acuerdo ()
	4 Estoy de acuerdo en todo ()

T30	Si las cosas empeoran, creo que me mataría
	1 No estoy de acuerdo en nada ()
	2 Estoy en parte en desacuerdo ()
	3 Estoy en parte de acuerdo ()
	4 Estoy de acuerdo en todo ()

Muchas gracias por su colaboración

Responsable:

ANEXO 2

Elaborado por: Santiago Cordero, Pablo Tapia en colaboración con el Dr. Rolando Marín C.

Plantilla de ingreso de datos (Microsof Acces)

UNIVERSIDAD DEL AZUAY PREVALENCIA DEL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES CUENCA 2007

I SECCION: Datos de Filiación

Tipo Formulario: Edad:
 Masculino Femenino Soltero Casado Union Libre Divorciado
 Colegio: Curso:
 Fecha:

VI SECCION: Riesgo de Suicidio

II SECCION: Depresión y Ansiedad

III SECCION: Uso de Alcohol

IV SECCION: Trastornos de Conducta

V SECCION: Funcionamiento Familiar