

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA,
NUTRICION Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**Determinación de los factores asociados al riesgo
suicida en universitarios de 18 a 24 años de edad, de
la Universidad Mayor de San Andrés,
municipio de La Paz, Bolivia,
Julio – Septiembre, gestión 2014
propuesta de protocolo de autopsia en suicidio**

POSTULANTE: Dr. Javier Mamani Acarapi

TUTOR: Dr. Jorge Salazar Conde

**Tesis de Grado presentada para optar al Título de
Magister Scientiarum en Medicina Forense**

La Paz – Bolivia
2015

**DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO
SUICIDA EN UNIVERSITARIOS DE 18 A 24 AÑOS DE EDAD, DE LA
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS, MUNICIPIO DE LA PAZ,
BOLIVIA, JULIO – SEPTIEMBRE, GESTION 2014
PROPUESTA DE PROTOCOLO DE AUTOPSIA EN SUICIDIO**

AGRADECIMIENTOS

A mi madre por el apoyo incondicional, por sus comentarios y sugerencias realizadas durante el desarrollo del curso de la Maestría

INDICE GENERAL

RESUMEN	1
I. INTRODUCCION	3
II. JUSTIFICACION	6
III. ANTECEDENTES	9
IV. MARCO TEORICO	12
4.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	12
4.2.2. DEFINICIONES.....	16
4.2.1 Definición de suicidio.-	16
4.2.2 Definición de Suicidio Consumado.-	16
4.2.3 Definición de Intento Suicida.-	17
4.2.4 Definición de Ideación Suicida.-.....	17
4.2.5 Suicidio por contagio o “imitación.....	18
4.3. MAGNITUD E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO Y SOCIAL DE LA CONDUCTA SUICIDA	18
4.3.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LA IDEACIÓN SUICIDA	19
4.4. CLASIFICACIONES DEL SUICIDIO	20
4.4.1 EL SUICIDIO ALTRUISTA	21
4.4.2 EL SUICIDIO EGOISTA.....	21
4.4.3 EL SUICIDIO ANOMICO	21
4.5. MANIFESTACIONES EXTERNAS DE UN INTENTO DE SUICIDIO	22
4.6. FACTORES DE RIESGO	23
4.6.1 FACTORES DE RIESGO INMODIFICABLES	23
4.6.2 FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES	27
4.7. FACTORES PROTECTORES.....	31
4.8. FACTORES INDICADORES DE RIESGO.....	31
4.8.1 Ideación suicida	32
4.8.2 Intentos previos.....	33
4.8.3 Plan y método	34
4.8.4 Sexo	34
4.8.5 Edad.....	36

4.8.6 Estado civil.....	37
4.8.7 Suicidios cercanos o en la familia	37
4.8.8 Perdidas recientes	40
4.8.9 Trastornos psicopatológicos.....	40
4.8.10 Uso de SPA	41
4.8.11 Aislamiento social.....	41
4.8.12 Enfermedad Crónica	42
4.8.13 Eventos desencadenantes o precipitantes	43
4.9. MITOS Y FALACIAS DEL SUICIDIO.....	44
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	48
VI. PREGUNTA DE INVESTIGACION	52
VII. OBJETIVOS.....	53
OBJETIVO GENERAL.....	53
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	53
VIII. DISEÑO METODOLOGICO	54
a. TIPO DE ESTUDIO.....	54
b. POBLACION Y LUGAR.....	54
c. MUESTRA	55
d. CRITERIOS DE SELECCIÓN	56
CRITERIOS DE INCLUSION	56
CRITERIOS DE EXCLUSION	56
e. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	57
VARIABLE DEPENDIENTE	57
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	57
f. PLAN DE ANALISIS	60
IX. RESULTADOS	63
Resultado N° 1:.....	63
Resultado N° 2:.....	73
Resultado N° 3.....	75

X. DISCUSIONES.....	80
XI. CONCLUSIONES:.....	83
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	86

INDICE DE ANEXOS

ANEXOS.....	86
A. Cuestionario socio demográfico e inventario de orientaciones suicidadas en universitarios (ISO – 30).....	86
B. Formato utilizado para el Asentimiento informado para el Universitario.....	90
C. Propuesta de protocolo de autopsia medico legal en casos de suicidio.....	91
D. Autorización y Carta Credencial otorgado por el Rector de la U.M.S.A. Dr. Waldo Albarracín, para la ejecución del trabajo de investigación.....	95

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	Variables sociodemográficas (independientes) y relación de estas con el tipo de riesgo suicida, de los universitarios de la U.M.S.A. julio, agosto, septiembre de 2014.....	64
Tabla N° 2	Variables sociodemográficas (independientes) y relación de estas con el tipo de riesgo suicida, de los universitarios de la U.M.S.A. julio, agosto, septiembre de 2014, recodificados por Facultad.....	65

INDICE DE GRAFICOS

Grafico N° 1 Riesgo suicida según resultado total.....	71
Grafico N° 2 Riesgo suicida según ítems críticos.....	71
Grafico N° 3 Distribución porcentual de la población estudiada según la variable baja autoestima.....	72
Grafico N° 4 Distribución porcentual de la población estudiada según la variable desesperanza.....	73
Grafico N° 5 Distribución porcentual de la población estudiada según la variable incapacidad para afrontar emociones.....	73
Grafico N° 6 Distribución porcentual de la población estudiada según la variable soledad y abatimiento.....	74
Grafico N° 7 Distribución porcentual de la población estudiada según la variable ideación suicida.....	75

**DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO SUICIDA EN
UNIVERSITARIOS DE 18 A 24 AÑOS DE EDAD, DE LA UNIVERSIDAD MAYOR DE
SAN ANDRÉS, MUNICIPIO DE LA PAZ, BOLIVIA,
JULIO – SEPTIEMBRE, GESTION 2014
PROPUESTA DE PROTOCOLO DE AUTOPSIA EN SUICIDIO**

RESUMEN

El conocimiento de esta problemática en nuestro medio es casi nula. Esta propuesta de investigación considera de vital importancia obtener datos actualizados sobre la temática, teniendo el objetivo de Identificar cuáles son los factores asociados al riesgo suicida en universitarios de 18 a 24 años de edad de la Universidad Mayor de San Andrés del Municipio de La Paz, Bolivia, Julio – Septiembre de la gestión 2014. Siendo el estudio de tipo cuantitativo, transversal, descriptivo, basado en la inducción probabilística, asumiendo una realidad social objetiva de los participantes en la investigación, mediante la aplicación de test ISO – 30 un cuestionario autoadministrable que posibilita la utilización del mismo por parte del investigador, teniendo un nivel de confianza bastante elevado en una población de 79434, con una muestra de 1260, con un nivel de confianza de 99,99%, un rango de error de 0,01%, analizando las 13 facultades en relación a la proporción de estudiantes inscritos por facultad, referentes en el estudio a determinar la ideación suicida, foco de atención de nuestra investigación, se tiene que un 44,5% son del sexo masculino, un 55,5% del sexo femenino, con presencia de riesgo de 2:1 en relación de varones con las mujeres, con la edad de mayor riesgo 20 años con un 25,5%, con riesgo suicida alto de un total de 30,6% de riesgo de ideación suicida, asociado a la influencia de los factores psicosociales analizados al riesgo suicida, con riesgo alto; la desesperanza con un 68,1%, incapacidad para afrontar emociones con un 24,7%, soledad y abatimiento con un 10,5%, baja autoestima con un 6,7%, ideación suicida 3,4%. Es claro que en base a los resultados obtenidos que el riesgo de ideación suicida está presente y es preocupante. Para prevenir el suicidio debe de tener un manejo interdisciplinario desde el área de la Medicina Forense, hasta las áreas anexas a medicina, sus especialidades médicas y psicología, tratando de prevenir este cuadro que conlleva al dolor de varios familiares que tienen que pasar por esto.

Palabras clave: riesgo suicida, estudiantes universitarios, factores psicosociales, ideación suicida.

**DETERMINATION OF SUICIDE RISK FACTORS ASSOCIATED WITH THE UNIVERSITY IN 18 TO 24 YEARS OLD , OF THE UNIVERSITY OF SAN ANDRES , MUNICIPALITY OF LA PAZ, BOLIVIA , JULY - SEPTEMBER 2014
MANAGEMENT PROPOSAL OF PROTOCOL OF AUTOPSY IS SUICIDE**

ABSTRACT

The knowledge of this issue in our environment is almost nil. This research proposal considers vital for updated information on the subject, with the aim to identify the factors associated with suicidal risk in college students 18-24 years of age at the Universidad Mayor de San Andrés in La Paz Municipality are Bolivia, from July to September 2014. As managing quantitative study, transversal, descriptive, based on probabilistic induction, assuming an objective social reality of the participants in the research, through the application of ISO test - 30 one self-administered questionnaire which enables the use of the same by the researcher, having a fairly high level of confidence in a population of 79,434, with a sample of 1260, with a confidence level of 99.99%, an error range of 0.01% analyzing the 13 powers in relation to the proportion of students enrolled per faculty, concerning the study determine suicidal ideation, focus of our research is to be 44.5% are males, 55.5 % female, with the presence of risk of 2: 1 ratio of men to women with the highest risk age 20 years with 25.5%, with higher suicide risk of a total of 30.6% risk suicidal ideation associated with the influence of psychosocial factors analyzed to suicide risk, high risk; despair with 68.1%, inability to cope with emotions with 24.7%, loneliness and depression with 10.5%, low self-esteem with 6.7%, 3.4% suicidal ideation. It is clear that based on the findings that the risk of suicidal ideation is present and worrying. To prevent suicide must have an interdisciplinary management from the area of Forensic Medicine, to the annexed areas like medicine, medical specialties and psychology, trying to prevent this table carries the pain of several family members who have to go through this.

Keywords: suicide risk, university students, psychosocial factors, suicidal ideation.

CAPITULO I

INTRODUCCION

I. INTRODUCCION

“La palabra suicidio procede del latín, y se compone de dos términos: sui, de sí mismo, y caedere, matar. Es decir, matarse a si mismo” ⁽¹⁾. Emile Durkheim: "... se llama suicidio todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado." ⁽¹⁾.

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, define al suicidio como “la muerte ocasionada por la lesión autoinflingida informada como intencional”. Las expresiones de la conducta suicida incluyen entre otras: el intento suicida, definido como un acto auto lesivo con cualquier grado de intención letal; el para suicidio, o acto no mortal de autolesión deliberada; y la ideación suicida, constituida por pensamientos, planes o deseos persistentes de cometer suicidio ⁽²⁾.

El intento de suicidio se ha asociado a enfermedades médicas y mentales; a disfunción y problemas de comunicación familiar, divorcio, separación o muerte de padres o cuidadores; acontecimientos negativos en la vida y otros estresores vitales; también al antecedente de abuso físico o sexual, al abuso de alcohol y de sustancias psicoactivas y a los antecedentes familiares de suicidio consumado o de intento suicida. A su vez, el desempleo y el bajo nivel socioeconómico y educativo son factores de riesgo ⁽³⁾

La tragedia de la muerte de un(a) joven debido a desesperanza o frustración abrumadoras resulta en la devastación emocional, social y económica de numerosos familiares, amigos, padres, hermanos, compañeros, entrenadores y vecinos podrían quedarse con la duda si pudieran haber hecho algo para impedir que ese joven decidiera llegar al suicidio ^(4,5)

El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales.

Los estupefacientes y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios. Las enfermedades orgánicas y el dolor incapacitante también incrementan el riesgo de suicidio ^(4,6)

El conocimiento de los factores de riesgo de suicidio, tanto de tipo demográfico como clínicos, resulta, a todas luces, útil para poder estimar el grado de peligro. Aunque este método resulta apropiado para conocer esta realidad, no podemos olvidar que está lejos de ser seguro e indubitable ⁽⁷⁾

No existe duda alguna acerca de la necesidad de una colaboración multidisciplinaria para el estudio del suicidio, dada la complejidad de esta conducta y su expresión de una causalidad múltiple ⁽⁸⁾

Cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad "global" de 16 por 100 000, o una muerte cada 40 segundos.(OMS) ⁽⁹⁾.

La problemática del suicidio toma especial valor cuando se mencionan los impresionantes datos del aumento exponencial de la muerte por suicidio e intentos suicidas en la población adolescente y adulta joven a nivel mundial (OMS. 2004), llegando a estar el suicidio entre la segunda o tercera causa de muerte entre los 15 y 24 años en la mayoría de los países y representando la primera causa de muerte en países como Japón y Dinamarca.⁽¹⁰⁾

A través de la implementación del estudio motivado por la sensibilización con respecto a la temática del universitario (grupo etario vulnerable), es que el presente estudio pretende realizar un diagnóstico de la situación actual en esta problemática de salud pública en nuestro municipio, registrando e identificando la prevalencia y los factores asociados al riesgo suicida en universitarios, además el estudio arrojará conocimientos e información útil para el personal de salud, para que estén ubicados en el contexto de donde nos encontramos respecto a esta temática y sobre la base de los resultados de la presente investigación, se puedan tomar medidas de prevención según las posibilidades de alcance, si no hay

predictibilidad no puede haber prevención, por lo tanto, el suicidio es previsible y prevenible ya que cualquier persona es susceptible pudiendo ser su amigo, compañero, esposo, esposa, padre, madre, hijo, hermano, hermana, vecino, etc...

El suicidio es evitable! ^(11,12).

CAPITULO II

JUSTIFICACION

II. JUSTIFICACION

El intento de suicidio es un fenómeno que, aunque ha sido objeto de estudio de muchas investigaciones en Latinoamérica, poco o nada se ha realizado hasta el momento en Bolivia y en ocasiones no se le ha dado la importancia que dicho fenómeno merece, considerándolo como una forma de llamar la atención por parte de quien intenta suicidarse; más aún cuando se trata de jóvenes que deberían tener expectativas con respecto al mundo y a su futuro. Los datos estadísticos en Latinoamérica están mostrando un aumento de éste fenómeno ⁽¹³⁾.

El suicidio es una forma relativamente frecuente de muerte y constituye un fenómeno social de gran importancia y trascendencia. Sin duda alguna, su estudio, valoración y prevención es una responsabilidad que compete a todos los niveles sanitarios. En principio, aunque esta afirmación pueda resultar clara, no parecen existir todos los argumentos necesarios para enfrentarse a ellos. Por otra parte, se reporta que aproximadamente un 25% de las personas que hacen una tentativa de suicidio no entran en contacto con dicho sistema sanitario ^(12,14)

El Ministerio de Salud y Deportes de nuestro País tiene datos de 3,495 casos de suicidios en el territorio nacional desde 2005 hasta 2008. De acuerdo a esta institución la sede de gobierno tuvo al menos 1.139 ⁽¹⁴⁾.

En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial. El suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; y estas cifras no incluyen los tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado (OMS) ⁽¹⁵⁾.

La Dra. Catherine Le Gales-Camus, Subdirectora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para enfermedades No Transmisibles y Salud Mental menciona que el suicidio es un trágico problema de Salud Pública en todo el mundo. Se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y

guerras. Es necesario adoptar con urgencia en todo el mundo medidas coordinadas y más enérgicas para evitar ese número innecesario de víctimas” (15,16).

El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los estupefactos y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios. Las enfermedades orgánicas y el dolor incapacitante también incrementan el riesgo de suicidio (14,17).

Los datos que se conocen sobre intentos de autoeliminación representan solamente un porción de lo que en realidad se conoce, evidenciando un gran subregistro a nivel mundial que es motivado por la falta de conocimiento, el tabú asociado al suicidio y los sentimientos de frustración que conlleva la realidad de que una sociedad no pueda dar los elementos a sus individuos para tener deseos de seguir viviendo, llegando a ser suicidio. Según el autor Emile Durkheim, un instrumento de análisis para el diagnóstico de las sociedades actuales y del estado de ánimo de una sociedad (17).

La Organización Mundial de Salud (OMS), por su parte reconoce la importancia de los factores socioculturales y actualmente promueve su estudio, en los cinco continentes, en el que se incluye la comparación de diversos indicadores socioculturales estandarizados. Tomando en cuenta factores de riesgo que se consideran fijos (sexo, edad, raza, orientación sexual) y los potencialmente modificables (acceso a medios, trastornos mentales, enfermedades médicas, aislamiento social, estado civil situación laboral, ansiedad, desesperanza, insatisfacción vital) (18,19).

El conocimiento de esta problemática en nuestro medio es casi nula. Esta propuesta de investigación considera de vital importancia obtener datos actualizados sobre la temática en la población universitaria de nuestro municipio y asimismo, indagar y explorar sobre las percepciones que manejan este grupo

alrededor de la muerte y el suicidio, observada desde las diferencias que puedan existir entre ambos sexos, las diferentes edades, si tienen alguna otra actividad laboral aparte de su condición de estudiante, entre otros ⁽²⁰⁾.

Por otro lado, esta investigación posee una relevancia importante y variada, ya que identificara y cuantificara la presencia de factores asociados al riesgo suicida (Baja autoestima, Desesperanza, Afrontamiento o Incapacidad para afrontar emociones, Soledad, Abatimiento e Ideación suicida), referente a los aspectos relacionados a los universitarios de la Universidad Mayor de San Andrés ^(12,20).

Por lo anteriormente expuesto, esta investigación de hace de suma importancia ya que aportara a la “Medicina Legal y Forense”, un enfoque más amplio del fenómeno, para identificar factores que influyen en la conducta suicida para implementar medidas destinadas a la prevención de suicidios. Como se lo hace en otros países ⁽²¹⁾.

Debido a la connotación social que acarrea el suicidio y ser de manejo multidisciplinario por el personal de salud, radica en la implementación de estrategias de identificación (Ministerio de Salud), elaboración de protocolos de manejo de los casos identificados (Medicina legal y Forense) ^(10,21).

Como peritos forenses tenemos la responsabilidad de inferir la manera y la causa de muerte siempre manejando el vínculo probabilístico (tomando en cuenta el escenario del hecho y los datos aportados por la policía), sin olvidar que la realización de una autopsia completa y detallada nos acercara más a la causa de muerte y en su momento acercarnos al suicidio como manera de muerte ^(21,22).

CAPITULO III

ANTECEDENTES

III. ANTECEDENTES

El suicidio es una forma relativamente frecuente de muerte y constituye un fenómeno social de gran importancia y trascendencia. Sin duda alguna, su estudio, valoración y prevención es una responsabilidad que compete a todos los niveles sanitarios. En principio, aunque esta afirmación pueda resultar clara, no parecen existir todos los argumentos necesarios para enfrentarse a ellos. Por otra parte, se reporta que aproximadamente un 25% de las personas que hacen una tentativa de suicidio no entran en contacto con dicho sistema sanitario ⁽²³⁾.

La tasa de suicidios en Japón también ha aumentado entre las personas de 20 años, y en 2009 estaba en su punto más alto de todos los tiempos en ese grupo de edad para el segundo año consecutivo, alcanzando el 24,1 por cada 100.000 personas⁸. La tasa entre la población mayor de 60 años también es alta, aunque las personas de 30 años son aún más propensos a cometer suicidio. En 2009, el número de suicidios subió un 2 por ciento, a 32.845 superior a 30.000 para el año consecutivo y que equivale a casi 26 suicidios por cada 100.000 personas. ^(21,23).

Esto equivale aproximadamente a un suicidio cada 15 minutos. En comparación, el Reino Unido tasa es de aproximadamente 9 por cada 100.000, y la tasa de EE.UU. en torno a 11 por 100.000. La tasa de suicidio japonés es especialmente alto entre los países industrializados ^(23,24).

Según el Observatorio del Delito en el municipio de San Juan de Pasto, Colombia, el 70% de los casos de violencia autoinflingida correspondían a personas con edades entre los 15 y 29 años. De igual manera, los mayores porcentajes de casos de suicidios consumados se presentan en el grupo etario de 20 a 24 años (27%), seguido por el de 15 a 19 años (20%). Estos datos muestran que el intento de suicidio y el suicidio consumado son problemáticas que afectan principalmente al periodo de adolescencia y adultez joven en el municipio de San Juan de Pasto. Al analizar las estadísticas de suicidio se ha podido identificar una variedad importante de factores de riesgo de tipo familiar, económico, social, emocional, relacional, de personalidad, genético ^(24,25).

En las tres últimas décadas, la tasa de suicidios en México se cuadruplicó al pasar de dos por cada 100 mil habitantes a 7.6, hasta el 2011, según las últimas cifras disponibles. El 42% de los casos de suicidio se registró en jóvenes entre 15 y 24 años de edad, seguido por el rango de edad de 25 a 34 años. Cada 24 horas fallecen alrededor de 16 personas jóvenes por esta causa. Según las estadísticas, en 2011 se registraron 5 mil 728 suicidios, la mayoría entre jóvenes de 15 a 24 años, seguido por los rangos de 25 a 34 años. ^(17,25).

El suicidio es la segunda causa de muerte traumática en la Argentina, el pico más alto se da entre los 12 y los 25 años, y la mitad de los casos están asociados al alcoholismo. ^(12,25).

Se estima que a nivel mundial el suicidio supuso el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4% en los países con economías de mercado y en los antiguos países socialistas. (OMS) ^(10,26).

El Ministerio de Salud y Deportes de nuestro País tiene datos de 3,495 casos de suicidios en el territorio nacional desde 2005 hasta 2008. De acuerdo a esta institución la sede de gobierno tuvo al menos 1.139 muertes. ^(15,27).

En un estudio realizado por el Doctor Cristian A. Sanjinés A. sobre la incidencia de suicidio como manera de muerte en la morgue judicial de la ciudad de La Paz, julio 2010 a junio 2012 se tiene un número de casos reportados de 161 casos, hablamos solo de aquellos casos registrados de dicho lugar ⁽²⁸⁾.

En cuanto a la legislación boliviana se contempla el suicidio: **Art. 256. (HOMICIDIO Y SUICIDIO).**- El que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si la muerte se hubiera intentado o consumado, incurrirá en reclusión de dos a seis años ⁽²⁹⁾.

Si con motivo de la tentativa se produjeren lesiones, la sanción será de reclusión de uno a cinco años. Aunque hubiere mediado consentimiento de la víctima en el doble suicidio, se impondrá al sobreviviente la pena de reclusión de dos a seis años ⁽³⁰⁾.

El suicidio no es un tema novedoso, es un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas, sin embargo la actitud que han tenido las sociedades difieren debido a las influencias religiosas, filosóficas, a las estructuras sociopolíticas y culturales pero sobre todo al concepto de muerte que se tenía ^(31, 32,33).

CAPITULO IV

MARCO TEORICO

IV. MARCO TEORICO

4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El suicidio a lo largo de la historia se asociaba, por lo general, a un personaje célebre o se integraba a una acción histórica importante. En la antigüedad era valorado como resultado de los sistemas religiosos y filosóficos, aunque también dependía de las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales de cada país ^(32,33).

En la India, bajo la influencia del brahmanismo, los sabios en búsqueda del nirvana frecuentemente se suicidaban durante las fiestas religiosas. En el Tíbet y en China, esta doctrina se expandió bajo el impulso de Shiddharta Gautama, en donde existían dos tipos de suicidas: el que buscaba la perfección y el que huía del enemigo. Mientras que en el Japón, el concepto de honor incitaba a los nobles a hacerse el hara-kiri. También durante el culto, algunos creyentes se suicidaban para alcanzar a sus divinidades ⁽³³⁾.

En la Grecia clásica el suicidio fue un fenómeno difundido y tuvo como mayores exponentes a filósofos como Anaxágoras, Soltares y Diodoro, entre otros. En Atenas se castigaba el suicidio, al cadáver se le privaba de sepultura, y se consideraba a este acto como una ofensa a Dios ^(32,34).

Por su parte, los filósofos estoicos, consideraban el suicidio como el medio para liberarse del sufrimiento, ellos profesaban desprecio a la condición humana, así como resentimiento contra el mundo, contra el propio yo, sus enseñanzas alentaban al suicidio, sobre todo en beneficio de la patria o bien por los amigos a causa de un dolor intolerable ^(34,35).

En Roma, se observa la influencia tanto de los filósofos como Séneca y los literatos como Lucano (llamado “el poeta del suicidio”), al igual que de la política: cerca del emperador, los personajes en desgracia se suicidaban para proteger sus

bienes de la rapacidad del tirano. Asimismo, el suicidio entre los esclavos era frecuente aunque prohibido, a los rescatados se les castiga severamente, debido a que los soldados romanos pertenecían al Estado y no podían disponer de sus vidas ⁽³⁶⁾.

Asimismo, el cristianismo aceptó en los primeros siglos, que el suicidio era admisible en algunas circunstancias, sin embargo esta opinión se fue modificando hasta volverse una actitud intransigente. San Agustín, lo calificó de pecado mayor, debido a que violó el quinto mandamiento, porque usurpa la función del estado y de la iglesia y evita el sufrimiento que ha sido ordenado por Dios. De ahí siguió una actitud represiva ante el suicidio que persiste en nuestros días. Posteriormente, en el concilio de Arles (452), se declaró que el suicidio estaba inspirado por el demonio y en el 533 se determinaron penas eclesiásticas para prevenirlo y castigarlo. Asimismo, Sto. Tomás de Aquino, quien consideraba al suicidio como el más grave de los pecados, honra la figura de San Agustín en el Concilio de Nimes de 1284, y el Derecho Graciano y condena todo tipo de suicidio. Durante Siglos el Derecho Canónico fue el único vigente en relación al suicidio, pero las primeras leyes laicas condenando la muerte voluntaria, aparecen en el siglo XIII, en Francia con Luis IX, en España con Alfonso X el Sabio, quien penaliza el suicidio mediante la confiscación de bienes pero además condena el auxilio a éste ^(36,37).

En el Renacimiento, persisten las mismas ideas respecto al suicidio a nivel popular, influido por ciertos escritores, como Dante. Paralelamente, surgen opiniones que disienten del suicidio como pecado o crimen, justificándolo en aquellas situaciones donde se buscaba mitigar el dolor y el sufrimiento. Es así que, se produce un cambio que lleva de un humanismo emocional a un humanismo racional, después de la revolución de Cópernico, Lucero, Descartes, Calvino, etc., se empiezan a discutir postulados teológicos y dudas sobre los dogmas ^(36,38).

Por otro lado, en Inglaterra, se publicaron apologías sobre el suicidio u opiniones sobre su legitimidad. En 1644, se publicó el poema *Biathanatos*, del poeta y clérigo Donne; en 1777, Hume publicó su ensayo *Sobre el suicidio*, proclamando el derecho del hombre a disponer de su propia vida. En Francia Montesquieu, Staël, Montaigne y Rousseau, entre otros, expresaron ideas similares ⁽³⁸⁾.

El fin de la represión del suicidio, coincide con la aparición de las ciencias sociales, que nacen con el capitalismo y la sociedad industrial. Dicho fenómeno se empieza a considerar como un problema social junto con la pobreza, alcoholismo, el crimen y la enfermedad. Esto se pudo ver con el autor Jesús Sarabia Pardo, quien en su obra “Suicidio como enfermedad social” (1889), interpreta el fenómeno señalando la relaciones entre pauperismo y suicidio, influencia de los cambios políticos y de las guerras y especialmente los actos derivados de la progresiva industrialización, como el aumento demográfico de las ciudades ⁽³⁹⁾.

A principios del siglo XX, las posiciones respecto al suicidio en España, fueron por parte del jurista Riuz-Funes, que en su trabajo *Etiología del suicidio en España*, introduce la traducción que hizo al español de *El suicidio*, de Durkheim (1928), indicando que: “El suicidio es una afección moral de la sociedad” ⁽³⁹⁾.

En la actualidad, la actitud hacia el suicidio es menos dogmática de lo que solía ser en el pasado. El suicidio solo era castigado en países que estaban bajo la soberanía británica, no obstante, en la mayoría de los suicidios, los jueces formulaban el veredicto de que el equilibrio mental está perturbado y que el suicidio merece ser tratado por psiquiatras, y se ha establecido como delito criminal, ayudar, incitar o procurar el suicidio de otra persona. Asimismo, el intento de suicidio debe ser tratado por los profesionales como un problema médico y social ⁽³⁹⁾.

Como su puede ver, durante siglos, el suicidio ha sido objeto de discusión moral y religiosa. En aquellos tiempos el suicidio consumado era sinónimo de libertad o

locura, de una conducta racional o irracional. Siempre se evocaba el suicidio como un acto humano, dicho tabú se relacionaba con prejuicios, que fueron generalizándose, provocando el rechazo por cuestiones religiosas, éticas o políticas (12,28).

En este sentido, se puede decir que la valoración del suicidio a lo largo de la historia se ha ido transformado, lo cual ha dependido de aspectos culturales como: tradiciones, creencias religiosas y políticas, y de aspectos sociales como la familia, la estructura económica, etc. (29,40)

Por lo tanto, es claro que el fenómeno del suicidio existe desde hace siglos, sin embargo todavía existen muchas interrogantes en torno a dicho fenómeno como: ¿Por qué la gente se suicida?, ó ¿cuáles son los factores que influyen para que se tome tal decisión?, etc.(21, 40).

4.1.1 Definición médico legal de suicidio.- El suicidio es la muerte producida por uno mismo con la intención precisa de poner fin a la propia vida. El concepto es claro aunque merece algunas precisiones. La más importante se refiere a la intencionalidad del acto. En este sentido en ocasiones puede ser difícil el diagnóstico diferencial entre un suicidio, un accidente o un homicidio (23,39).

Valorando en primer lugar el concepto de muerte, se trata de una muerte no natural que requiere siempre una investigación judicial. En este sentido, el suicidio es un tema clásico de medicina legal. Pero no debe olvidarse que en es un tema muy complejo, en el que existen múltiples enfoques, lo que hace que haya dejado de ser un tema mayoritariamente médico legal, para ser compartido por otras múltiples áreas (39).

4.2 DEFINICIONES

4.2.1 Definición de suicidio.- “La palabra suicidio procede del latín, y se compone de dos términos: sui, de sí mismo, y caedere, matar. Es decir, significa matarse a si mismo” ⁽¹⁾. Emile Durkheim: "... se llama suicidio todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado." ⁽¹⁾

Es posible diferenciar, en un primer nivel de generalización:

- a. Suicidio social o institucional, en el cual se encuentran presentes factores familiares o situacionales.
- b. Suicidio personal o individual, en el cual vamos a detenernos específicamente en tanto fenómeno subjetivo, si bien tiene relación por cierto con lo familiar y lo social.⁽⁵⁾

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, define al suicidio como “la muerte ocasionada por la lesión autoinflingida informada como intencional”. Las expresiones de la conducta suicida incluyen entre otras: el intento suicida, definido como un acto autolesivo con cualquier grado de intención letal; el parasuicidio, o acto no mortal de autolesión deliberada; y la ideación suicida, constituida por pensamientos, planes o deseos persistentes de cometer suicidio ⁽¹²⁾.

4.2.2 Definición de Suicidio Consumado.-El diccionario introduce en su definición el concepto “conductas suicidas”, debido a que se admite en ella, tanto la muerte autoprovocada, como el concepto de cualquier acción que perjudica al que la lleva a cabo, y es en esa dirección que los autores hacen referencia al concepto “Suicidio” ⁽¹⁵⁾.

La palabra “suicidio” fue utilizada por primera vez por el abate Desfontaines en 1737, menciona que su significado es una derivación del griego, que significa “muerte propia” ^(12,41). Desahies ^(12,42) lo define como el acto de matarse de una forma consciente, utilizando la muerte como un medio o como un fin. Stengel (1965) por su parte dice que el suicidio es un acto fatal; y que por lo tanto, el acto suicida, es una pauta de conducta muy compleja que refleja tendencias en conflicto cuyo desenlace depende de su fuerza relativa y de factores imprevisibles ⁽⁴²⁾.

4.2.3 Definición de Intento Suicida.- El intento autodestructivo, también denominado tentativa de suicidio o parasuicidio es un comportamiento que significa una intención deliberada de provocarse la muerte.⁽⁴³⁾

La diferencia que existe entre el suicidio consumado y el intento suicida, es que el intento no tiene como consecuencia la pérdida de la vida. El intento suicida, en el que no se produce daño físico, está relacionado con los instrumentos utilizados, los cuales no son tan efectivos para llevar a cabo el propósito autodestructivo que la persona tenía en mente (Marchiori, 1998). Según Stengel (1965) el intento suicida es cualquier acto de autoperjuicio infligido con intención autodestructiva, aunque sea vaga o ambigua ⁽⁴⁴⁾.

4.2.4 Definición de Ideación Suicida.- Dentro de las conductas suicidas, también se encuentra la ideación suicida, que está muy relacionada con el intento suicida y que tiene al igual que el intento varias definiciones.⁽⁴⁵⁾

Al intentar definir la ideación suicida, la situación se torna aún más compleja, debido a que no se sabe en qué forma, intensidad y duración se presenta tal conducta, ya que se puede presentar como una idea momentánea, hasta una idea permanente y / o impulsiva o planeada ⁽⁴⁶⁾.

Esquirol (1837), Deshaies (1947) y Meerloo (1966), plantean que la ideación suicida puede surgir cuando las personas se exponen a determinados estímulos.

Sin embargo el hecho de pensar en el suicidio no predispone a que se realice el acto suicida ⁽⁴⁶⁾.

Moron (1987) la define como una representación mental del acto, en la cual se encuentra la misma pulsión instinto-afectiva, la intención y el deseo de matarse.

Levy y Deykin, ^(12,23) mencionan que la ideación suicida es un síntoma inespecífico y frecuente que refleja el grado de conflicto interno; frecuentemente asociado con desesperanza y baja autoestima, con los intentos de suicidio, la depresión y el abuso de sustancias, además de ser un constructo cognitivo que se presenta con frecuencia en los adolescentes ⁽²⁴⁾.

4.2.5 Suicidio por contagio o “imitación”.- La imitación de la conducta suicida se puede producir cuando se informa a una persona de que alguien de su entorno (familiares, amigos, compañeros de trabajo) se suicida o al menos lo intenta. Si esta persona se encuentra en una situación inestable o difícil, ese suceso puede facilitar, por imitación, que también se intente suicidar.^(24, 46)

Por otro lado, la manera en que los medios de comunicación tratan el suicidio puede favorecer un “efecto contagio”. Así la información sobre el suicidio con muchos detalles, dar la noticia de forma sensacionalista o cuando el suicidio se aborda con admiración (valentía, romanticismo etc.) puede favorecer la aparición de conductas de imitación, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. Esto, sin embargo, no ocurre cuando la información se enfoca a sensibilizar a la población y prevenir el suicidio.^(12,45)

4.3. MAGNITUD E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO Y SOCIAL DE LA CONDUCTA SUICIDA

En este apartado se analizan los datos disponibles en la actualidad sobre epidemiología de la conducta suicida. En primer lugar se analizarán datos sobre epidemiología de la ideación suicida, pasando posteriormente a analizar datos

sobre mortalidad por suicidio, estimaciones de años de vida perdidos (AVP), y los datos disponibles sobre intentos de suicidio ⁽⁴⁶⁾.

4.3.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LA IDEACIÓN SUICIDA

La ideación suicida, o los pensamientos de acabar con la propia vida, pueden variar en severidad en función de la concreción de los planes de suicidio y de la voluntad de llevarlos a cabo. Así, la ideación suicida puede expresarse como pensamientos momentáneos respecto a la falta de sentido o de valor de la vida o breves pensamientos de muerte, o llegar a implicar planes concretos y permanentes para matarse y una preocupación obsesiva con la idea de suicidarse, de manera que puede oscilar entre presentaciones agudas y crónicas ^(19,24). La ideación suicida puede ser parte de un estado de ánimo deprimido a la vez que un modo de enfrentarse activamente con ese estado de ánimo o de intentar escapar del mismo.^(3,26)

La ideación suicida es más frecuente que los intentos de suicidio o los suicidios consumados (Kessler et al., 2005). Los datos sobre prevalencia de ideación suicida son muy variables. Entre los diferentes estudios realizados desde los años 70, se ha encontrado una prevalencia vital entre un 2% y un 18% ⁽¹²⁾. Asimismo, dependiendo del entorno concreto del estudio, la prevalencia en 12 meses varía entre el 2,3% y el 8,7% (Crosby et al., 1999; Goldney et al., 2000; Paykel et al., 1974; Schwab et al., 1972; Vandivort y Locke, 1979) y la prevalencia vital puede variar entre el 2,6% en Chennai —India— y el 25,4% en Durban —Sudáfrica— (Bertolote et al., 2005). En los estudios epidemiológicos norteamericanos, National Comorbidity Survey (NCS) y National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R), la prevalencia de 12 meses de la ideación suicida fue del 2,8% y 3,3%, respectivamente ⁽²⁴⁾, estimaron una tasa de aproximadamente 3.000 por 100.000 personas con ideas de suicidio en Estados Unidos cada año, mientras que sólo 14 por cada 100.000 personas completarían un suicidio. Un estudio realizado en Grecia aportó datos sobre la prevalencia de ideación suicida en función del sexo

en dos momentos: 1978 y 1984. En 1978, el 2,8% de los hombres y el 6,8% de las mujeres señalaron haber tenido ideación suicida durante los 12 meses previos; en el segundo estudio las tasas subieron hasta 5,9% y 14,9%, respectivamente (3, 47)

La ideación suicida puede variar de manera importante en diferentes grupos de edad. Se ha sugerido que entre los adultos jóvenes puede presentarse entre el 10% y 12% de las personas (23), mientras que en las personas mayores puede aparecer en aproximadamente un 4% de ellas (13, 26).

En un estudio realizado en Finlandia (Hintikka et al., 2001) se investigó con el Beck Depression Inventory (BDI) (27,46) en una amplia muestra nacional la incidencia de la ideación suicida en el inicio del estudio y en un seguimiento a los 12 meses. Se encontró una incidencia global del 3,8%, 3,1% para las mujeres y 4,6% para los hombres (18).

Los datos del *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours* (SUPRE-MISS) (Bertolote et al., 2005), sugieren que la continuidad cronológica y clínica entre la ideación suicida y los intentos de suicidio no es universal y varía en función del lugar en el que se evalúe.(3)

4.4. CLASIFICACIONES DEL SUICIDIO

Una de las formas que el pensamiento occidental ha escogido para poder interpretar, conocer y manejar la realidad es la clasificación y clasificar implica:

1. Tener unos criterios de escogencia que definan situaciones mutuamente excluyentes.
2. Diseccionar la realidad.

Lo anterior puede o no ser deseable en muchas situaciones de estudio, pero lo que sí es claro es que el clasificar es una herramienta de trabajo que puede ayudarnos a entender la realidad, aunque no de forma exhaustiva.

La primera clasificación que mencionaremos es la utilizada por Durkheim (Durkheim, 1985) por ser además, la más ampliamente conocida. Para él existían tres tipos de suicidio: altruista, egocéntrico y anómico. El patrón rector de los tres es el nivel de integración existente entre el individuo y su normalización social ⁽²⁴⁾.

4.4.1 EL SUICIDIO ALTRUISTA

“Que se encuentra en sociedades rígidamente estructuradas que ponen por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal, y hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral. El comportamiento de los pilotos japoneses en la Segunda guerra mundial, tendría que ser catalogado en este tipo”. ⁽⁶⁾.

4.4.2 EL SUICIDIO EGOISTA

“Que resulta de la alienación del individuo respecto de su medio social. Ese tipo es común allí donde factores culturales como el de los encarnados por el protestantismo subrayan el individualismo y el esfuerzo concentrado en el yo” ⁽⁶⁾.

El individuo se orienta más por sus intereses particulares que por los de su grupo de referencia. Dentro de esta categoría entrarían muchos suicidios: el amante defraudado, el empresario en quiebra, el estudiante que no logra satisfacer las exigencias académicas de sus padres o el poeta que no encuentra un sentido al existir. Para cada uno de estos personajes, poco o nada importa lo que los demás piensen o sientan sobre su situación, mayor dolor y abatimiento que el que ellos están padeciendo no existe, y eso es precisamente lo que se desea evitar ⁽⁴⁴⁾.

4.4.3 EL SUICIDIO ANOMICO

“Que se da cuando un fallo o dislocación de los valores sociales lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida. Eso puede resultar de perturbaciones temporales como la guerra o las crisis

económicas; de factores personales como una rápida movilidad social; o de cambios en la estructura social, como los relacionados con la industrialización de los países subdesarrollados, que socavan la autoridad tradicional y los valores establecidos” (13, 46).

4.5 MANIFESTACIONES EXTERNAS DE UN INTENTO DE SUICIDIO

Tales expresiones pueden ser verbales o no verbales.⁽⁹⁾

- **No verbales**

Cambios en los hábitos alimenticios y del sueño. Pérdida de interés en las actividades habituales. Retraimiento respecto de los amigos y miembros de la familia. Manifestaciones de emociones contenidas y alejamiento o huida. Uso de alcohol y de drogas. Descuido del aspecto personal. Situaciones de riesgo innecesarias. Preocupación acerca de la muerte. Aumento de molestias físicas frecuentemente asociadas a conflictos emocionales, como dolores de estómago, de cabeza y fatiga. Pérdida de interés por la escuela o el trabajo escolar. Sensación de aburrimiento. Dificultad para concentrarse.

- **Verbales**

Aviso de planes o intentos de suicidarse, incluyendo los siguientes comportamientos: verbaliza: "Quiero matarme" o "Voy a suicidarme". Da señales verbales como "No seré un problema por mucho tiempo más" o "Si me pasa algo, quiero que sepan que..." Regala sus objetos favoritos; tira sus pertenencias importantes. Escribe una o varias notas de suicidio.

4.6 FACTORES DE RIESGO

Los Factores de Riesgo (FR) de la conducta suicida se dividen clásicamente en dos grupos, los inmodificables y los modificables. Los FR inmodificables no están relacionados ni con la situación clínica del sujeto ni con su situación vital, sino que se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece, y se caracteriza por su mantenimiento en el tiempo y aunque algunos sufren modificaciones como la edad, el estado civil o las creencias religiosas, su cambio es ajeno al clínico. Por otro lado, los FR modificables son aquellos relacionados con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos que pueden modificarse clínicamente o mediante intervenciones poblacionales. Es necesario conocer bien ambos factores de riesgo para evaluar adecuadamente el riesgo autolítico de un individuo ⁽¹²⁾.

4.6.1 FACTORES DE RIESGO INMODIFICABLES

4.6.1.1 .Heredabilidad.- Desde hace tiempo se sabe que el suicidio está presente en algunas familias con mayor frecuencia que en otras, y que esta transmisión no es meramente explicable por la presencia de enfermedad psiquiátrica, ya que los familiares con enfermedad mental no tienen mayor riesgo de suicidio que los que libres de enfermedad ⁽⁴⁾.

La importancia de la genética en el suicidio y los intentos de suicidio es muy importante, distintos autores estiman que el 43% de la conducta suicida se explica por la carga genética, el 57% restante estaría influenciado por factores ambientales ⁽⁴⁾

4.6.1.2 Sexo.- Existen diferencias según el sexo en la etiología, el nivel de riesgo, la naturaleza de la conducta suicida, así como en su prevención y tratamiento ⁽⁴⁷⁾. En la mayoría de los países, a excepción de China y algún otro país asiático, las tasas de suicidio son mayores en hombres que en mujeres (Zhang et al., 2010). En contraste, por lo general, la tasa de intentos de suicidio suele ser mayor en mujeres que en hombres ^(46,47).

4.6.1.3 Edad.- La tasa de suicidio aumenta con la edad (Shah, 2010). Al ir envejeciendo, tanto la salud física como la psíquica empiezan a mermar, se van experimentando pérdidas interpersonales y se entra en un grupo social menos activo y rentable. Con la edad, también cambia el tipo de conducta suicida, así el cociente suicidio/intento de suicidio va aumentando progresivamente con la edad (47).

4.6.1.4 Adolescentes y adultos jóvenes.- El suicidio está dentro de las tres primeras causas de muerte entre jóvenes y adolescentes, con cifras potenciales preocupantes. Entre los factores de riesgo más importantes en estas edades de la vida también está la enfermedad mental, trastornos afectivos, consumo de sustancias, trastornos de conducta (9, 15).

En cuanto a las dimensiones psicológicas, se ha relacionado un mayor riesgo de suicidio en jóvenes con baja autoestima, desesperanza, introversión, neuroticismo, impulsividad, imprudencia, agresividad, violencia impulsiva (6).

La separación de los padres parece aumentar el riesgo de suicidio (3,4), e intento de suicidio (4)

4.6.1.5 En edad geriátrica.- Entre los ancianos conviene recordar las diferencias existentes por sexo. Los hombres mayores suelen morir con mayor frecuencia en su primer intento de suicidio (31). Entre los factores de riesgo del varón anciano destaca una mayor afectación de la viudedad y la jubilación. Así mismo, un segundo factor de riesgo conocido es la presencia de enfermedad psiquiátrica, principalmente los episodios depresivos, considerados el factor de riesgo más importante en ancianos (Turvey et al., 2002), ya que están presentes entre el 50% y el 87% de los suicidios en esta población (35).

Al igual que ocurre en el resto de las edades, el consumo de sustancias también se ha relacionado con el suicido en sujetos mayores, principalmente en hombres. A diferencia de los jóvenes, se relaciona casi exclusivamente con el abuso y

dependencia de alcohol. Cerca de la mitad de los suicidios consumados en mayores pueden tener un diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol ^(5,8).

4.6.1.6 Estado civil.- Aunque antiguos, numerosos trabajos defienden el matrimonio como factor protector frente al suicidio (Masocco et al., 2010; Popoli et al., 1989). La presencia de pareja, como indica el papel protector del matrimonio (Kposowa, 2000; Wyder et al., 2009) y el incremento del riesgo con la viudedad (Erlangsen et al., 2004) o el divorcio (Wyder et al., 2009), parece afectar más a los varones. Para los viudos, el riesgo de suicidio se calcula que se incrementa 15 veces (Erlangsen et al., 2004). Esto puede ser debido a que los varones necesitan más tiempo para la elaboración del duelo, tienen menos relaciones afectivas cercanas fuera del matrimonio con sensación de desconexión de la sociedad si no existe la esposa y expresan menos los sentimientos, incluidos los de duelo y la incapacidad de llevar adelante la casa (Duberstein et al., 1998; Erlangsen et al., 2004). El periodo de mayor riesgo es el año tras la pérdida o la separación, y permanece elevado hasta los cinco años tras la pérdida (Duberstein et al., 1998).⁽⁴⁾

4.6.1.7 Situación laboral y económica.- Hay un gran número de estudios que se centran en la profesión como factor de riesgo de suicidio, destacando el incremento de riesgo que tienen las profesiones relacionadas con la salud (Agerbo et al., 2007). Más importante que la ocupación es la falta de ella o el desempleo. El desempleo se ha relacionado con las tasas de suicidio desde hace mucho tiempo (Durkheim, 1982; Platt, 1984). Estos datos se han ido confirmando por sucesivos estudios, tanto en intentos ⁽⁴²⁾, como en suicidios consumados ⁽⁴⁴⁾.

Distintos tipos de estudios indican un riesgo entre dos y cinco veces mayor para el desempleo, y ligeramente mayor en los varones (Wong et al., 2008). Estar desempleado parece ser un factor de riesgo más importante en algunos grupos, como son los menores de 35-45 años ^(12, 45).

4.6.1.8 Creencias religiosas.- La disposición al suicidio como opción en la vida se ve influenciada por las creencias religiosas y la importancia que éstas tengan en la vida ⁽⁴⁴⁾. En general, las personas con fuertes convicciones religiosas (Hovey, 1999) que contemplan el suicidio como algo moralmente reprobable o que usan la religión como mecanismo de dar sentido a la vida, de disminución del estrés y de esperanza ante la adversidad, tienen una tendencia menor a pasar de las ideas suicidas a la consumación del suicidio (Dervic et al., 2006). Se acepta que las tasas de suicidio son mayores en los protestantes, seguidos por judíos, católicos y, en último lugar, islamistas (Lester, 2006; Tsuang et al., 1992). No obstante, hay que tomar con precaución estos datos debido al sesgo que se puede producir por la propia presión cultural y religiosa de aquellos países en los que se condena judicial y/o religiosamente el suicidio ^(28, 46).

4.6.1.9 Apoyo social.- La integración social supuso la piedra angular de la teoría social del suicidio (Durkheim, 1982). Se ha relacionado el apoyo social con la conducta suicida en cuanto que la presencia de una red social adecuada supone un factor protector (Turvey et al., 2002), y el aislamiento social confiere mayor riesgo de conducta suicida en todas las edades ⁽⁴⁴⁾. Sin embargo, parece que el aislamiento influye más en el suicidio que en las tentativas de suicidio, probablemente porque el grado de aislamiento en el suicidio consumado es mayor (Adam, 1990). El aislamiento puede estar relacionado con dificultades en la comunicación interpersonal y con la falta de pareja, ambos factores relacionados con riesgo de suicidio ^(28, 47).

4.6.1.10 Conducta suicida previa.- Múltiples estudios coinciden en señalar el antecedente de intentos autolíticos en la historia previa del paciente como uno de los factores de riesgo que predice con más claridad la posibilidad de un futuro suicidio consumado ⁽²³⁾. Las personas que han acometido ya alguna tentativa en el pasado tienen 40 veces más riesgo de morir por suicidio (Harris y Barraclough, 1997). Otros autores, sin embargo, advierten de la limitada sensibilidad de este

factor, ya que una proporción significativa de los suicidios consumados se perpetran en su primer intento, especialmente entre los hombres 62% vs 38% entre mujeres, (Isometsa, 2001). El 82% de los que realizaron tentativas previamente y que, al fin, consumaron el suicidio, habían cambiado el método por otro más letal ^(26, 46).

Neeleman y colaboradores (2001), en una revisión sistemática de 14 cohortes que sumaban 21.385 sujetos, estimaron que las personas con antecedentes de conductas autolesivas tienen casi 25 veces más posibilidades de morir por suicidio que la población general. Basándonos en varios estudios prospectivos, podemos afirmar que entre un uno y un seis por ciento de los pacientes que ingresan por un intento de autolisis fallecen por suicidio en el año posterior, siendo este riesgo más elevado en pacientes de mayor edad o con tentativas de repetición ^(4, 12)

4.6.2 FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

4.6.2.1 Trastorno mental.- El suicidio tiene una fuerte relación con la enfermedad mental (Harris y Barraclough, 1997). Esta asociación queda bien contrastada en los estudios de autopsias psicológicas de series consecutivas de suicidios que confirman la presencia de uno o más trastornos psiquiátricos en al menos un 90% de los suicidios (Isometsa, 2001), con un mayor riesgo suicida cuanto mayor es el número de diagnósticos (Beautrais et al., 1996). En el metaanálisis publicado por Arsenaault-Lapierre y colaboradores (2004), que incluía 27 estudios con una población total de 3.275 suicidas, el 87,3% de los pacientes tenía un diagnóstico previo de enfermedad mental. En otro estudio epidemiológico (Fleischmann et al., 2005), basado en una muestra de 894 jóvenes entre 10 y 30 años que habían consumado el suicidio, el 88,6% presentaba al menos un diagnóstico de trastorno mental, siendo los trastornos afectivos los más frecuentes (42,1%) seguidos del abuso de sustancias (40,8%) ⁽³⁹⁾.

Dentro de los trastornos mentales más destacados se encuentran: antecedentes de conducta suicida, trastornos de alimentación, trastorno bipolar, depresión mayor, conductas adictivas mixtas, distimia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por angustia, esquizofrenia, trastornos de personalidad, abuso de alcohol, cáncer, población general (APA, 2003).⁽⁴⁾

4.6.2.2 Trastornos afectivos.- Los trastornos afectivos, con el trastorno depresivo mayor a la cabeza, son los cuadros psiquiátricos más relacionados con la conducta suicida (Angst y Stassen, 1999). Tal y como se constata en el metaanálisis de Harris y Barraclough (1997), la depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, el trastorno bipolar 15 y la distimia 12 (Coryell y Young, 2005; Hawton et al., 2005b). El riesgo es especialmente alto al inicio del episodio depresivo ya que en la fase de estado, el retardo psicomotor y la inhibición bloquean el paso a la acción ^(14,15,16).

4.6.2.3 Esquizofrenia.- Se ha descrito una prevalencia de suicidio consumado de hasta el 10% de pacientes que sufren este trastorno (Hawton et al., 2005a). En el estudio de Harris y Barraclough (1997), los pacientes esquizofrénicos mostraban un riesgo de suicidio 8,5 veces mayor que la población general. La revisión publicada por Palmer y colaboradores (2005), en la que se incluían 61 estudios con un total de 48.176 sujetos, arrojaba una prevalencia de suicidio entre estos enfermos del 4,9% ⁽¹⁴⁾.

Los pacientes con esquizofrenia comparten algunos de los factores de riesgo de la población general: ser hombre, raza blanca, sufrir depresión, soltero, desempleado, vivir solo o estar aislado socialmente. Existen también factores específicamente asociados a la esquizofrenia, entre los que destacan: ser joven, haber sufrido numerosas recaídas con alto número de ingresos psiquiátricos, asociar deterioro social, laboral y sexual por la enfermedad o la baja adherencia al tratamiento ⁽¹²⁾. De hecho la relación entre el uso de neurolépticos y la conducta suicida ha sido motivo de controversia ⁽¹⁶⁾.

4.6.2.4 Trastorno de ansiedad.- Casi el 20% de los pacientes con un trastorno por angustia o fobia social, realizan un intento de autolisis a lo largo de su vida y, si este trastorno se asocia a depresión, aumenta la probabilidad de suicidio consumado ^(15,16). De acuerdo con la revisión de Harris y Barraclough (1997), el riesgo de suicidio aumenta entre 6 y 10 veces, según los distintos trastornos de ansiedad (trastorno por ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno de pánico). No obstante, conviene destacar que otros estudios no han detectado un aumento significativo del riesgo de suicidio en pacientes con trastornos de ansiedad que no asocian sintomatología depresiva ⁽¹⁶⁾.

4.6.2.5 Abuso de sustancias.- El trastorno por uso de sustancias y, en especial, el alcoholismo por su elevada prevalencia, se relaciona con frecuencia con el suicidio, tanto como factor de riesgo de base, como precipitante en última instancia de la conducta suicida. Hasta un 15% de los pacientes que sufren alcoholismo se suicidan, y el abuso de alcohol es un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios (11,13). La revisión de Harris y Barraclough (1997) estima el incremento del riesgo de suicidio en seis veces por encima de la población general. Suelen ser hombres de raza blanca, mediana edad, solteros o con antecedentes de ruptura sentimental, aislados socialmente y con problemas económicos y/o laborales ⁽¹⁴⁾.

El consumo de alcohol, además, puede ir asociado a enfermedades médicas, trastornos del ánimo, trastornos de personalidad o trastornos del control de impulsos que pueden aumentar más aún el riesgo ^(14,16).

Por otra parte, el consumo de otras drogas (opioides, cocaína, cannabis, sedantes, etc.) y, en especial, la dependencia conjunta de múltiples sustancias se ha asociado a un riesgo de suicidio hasta 20 veces superior ⁽¹⁷⁾.

4.6.2.6 Trastornos de personalidad.- Los trastornos de personalidad tienen una particular relevancia, ya que pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o

alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones interpersonales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental ⁽²⁷⁾.

Isometsa (2001), afirma que la mayoría de los pacientes con trastornos de la personalidad que se suicidan cumplen también criterios para trastornos del eje I (DSM-IV) como depresión, abuso de sustancias o ambos, y esta asociación es aún más frecuente en los trastornos de personalidad del cluster B. En la revisión de Harris y Barraclough (1997), los trastornos de personalidad aumentan hasta seis veces el riesgo de suicidio ⁽²⁷⁾.

4.6.2.7 Salud física.- Las enfermedades somáticas son también un conocido factor de riesgo para la conducta suicida, especialmente cuando se acompañan de discapacidad o dolor crónico o intenso ⁽¹²⁾. Se ha reportado un mayor riesgo de la conducta suicida en pacientes con cáncer, VIH, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, insuficiencia renal, lesión de la médula espinal o lupus, entre otras ^(26,29,33).

De acuerdo con estos estudios, la aparición de sintomatología depresiva comórbida parece ser un factor determinante en la asociación con la conducta suicida entre este tipo de pacientes ⁽³³⁾.

4.6.2.8 Dimensiones psicológicas.- La impulsividad y agresividad son las dimensiones más relacionadas con la conducta suicida en la mayoría de los modelos propuestos ^(18,29) y así, pese a que estos conceptos no están bien definidos en la nosología psiquiátrica, en la actualidad se acepta que, ya sea como rasgos de la personalidad o como sintomatología del Eje I, son factores claves en el riesgo de suicidio. Esta relación se ha confirmado en numerosos estudios tanto en tentativas de suicidio como en suicidios consumados ^(19,29). Las tasas de suicidio y homicidio o violencia están claramente asociadas (Conner et al., 2001) y así, los pacientes que fallecen por suicidio presentan agresividad y conducta violenta con

más frecuencia que los sujetos que fallecen por otras causas como los accidentes de tráfico. Esta asociación parece ser más importante en pacientes jóvenes o adolescentes, así como en población penal (Brent et al., 1994a; Conner et al., 2003). Los autores concluyen insistiendo en la importancia de la exploración de los rasgos de personalidad para una correcta evaluación del riesgo suicida ⁽³²⁾.

4.7 FACTORES PROTECTORES

Los factores protectores del riesgo de suicidio más comúnmente aceptados ^(20,22) podrían dividirse en aquellos propios del individuo y los propios del entorno. Así, entre los primeros podemos incluir las actitudes, valores y normas introyectadas en contra del suicidio, como sería el valor de la propia vida.^(4, 40)

Además, las habilidades sociales, el manejo de la ira y la capacidad de resolución de problemas favorecen la decisión de no suicidarse. Otras variables relacionadas con la protección son el cuidado y búsqueda de la salud mental y somática, las creencias religiosas que desaprueben el suicidio, el temor al dolor y las conductas de riesgo, la presencia de esperanza y optimismo, el autocontrol de la impulsividad, la alta autoestima, las estrategias de afrontamiento adecuadas y la alta resiliencia ^(14,16).

Entre los factores ambientales destacan la existencia de una red social y familiar adecuada con responsabilidades para con los demás, la participación social, la accesibilidad a los dispositivos de salud, un ambiente estable y las restricciones a la hora de adquirir armas o medicaciones potencialmente letales ⁽¹⁸⁾.

4.8 FACTORES INDICADORES DE RIESGO

Se puede entender por factores de riesgo aquellas condiciones de orden personal o circunstancial que pueden dar indicios sobre la posibilidad de una conducta

suicida en un individuo. Es decir, condiciones que aumentan o disminuyen la probabilidad de que se cometa el suicidio. (4, 9)

4.8.1 Ideación suicida

El primero y más importante indicador de riesgo de suicidio, es la existencia misma de la idea. Aun cuando puede parecer absolutamente obvio, este es el elemento que le da sentido a los otros indicadores de riesgo. Por ejemplo, los hombres son más vulnerables que las mujeres a cometer suicidio, siempre y cuando tengan la idea, pero no es la condición misma de ser hombre la que origina la idea del suicidio, es decir, el sexo no es condición de susceptibilidad más si de vulnerabilidad.(4)

La ideación suicida hace referencia no solo a su carácter persistente, fijo u obsesivo sino también a la comunicación de la misma, bien sea de manera verbal o escrita. La persona puede tener la idea y solo referirla en la consulta o bien puede dar a entender sus intenciones a las personas cercanas. Cuando una persona habla de quererse morir o desear suicidarse, hay que tomar en serio los llamados de atención y más aún si estos son reiterativos. Distintos autores afirman que el mejor indicador del riesgo de suicidio sigue siendo la afirmación del paciente del intento de suicidio (8,25). Por su parte, Shneidman señala en uno de los puntos de su decálogo de los aspectos más comunes en el suicidio, como el acto interpersonal común en el suicidio es la comunicación de la intención (14,16).

Dentro de las llamadas de atención de la ideación suicida, hay que considerar no solo las expresiones habladas, sino también las escritas. Leenaars señala como al menos entre un 12% a 15% de los suicidas, elaboran notas suicidas. En ese sentido y si el intento se ha visto frustrado por alguna razón, las notas mismas hay que considerarlas como una forma de comunicación total y absolutamente explícita, tanto de la idea como de la intención (Leenaars, 1992). Diferentes

estudios, muestran como las notas suicidas, en la gran mayoría de los casos son elaboradas momentos antes de cometer el intento ^(14,16).

Se discute si los llamados de atención son una característica de personalidad del sujeto o un elemento inherente al proceso de suicidio mismo. Bien sea lo uno como lo otro, no se debe desvirtuar este hecho, ya que al menos entre el 75% - 80% de los suicidas, han dado indicaciones previas de sus ideas e intenciones ⁽¹⁸⁾.

4.8.2 Intentos previos

Se considera que la presencia de intentos previos aumenta el riesgo de suicidio en un futuro ^(13,17). La estadística oscila entre 1% y 2% en curso del primer año y un 15% en el curso de la vida. En los casos de suicidio consumado, se ha observado que en muchos de ellos existían antecedentes de intentos previos (Sarró y De la Cruz, 1991). Algunos estudios retrospectivos de suicidios consumados, revelaban que aproximadamente un tercio de las personas que se habían suicidado, habían tenido intentos previos (Freemann y Reinecke, 1995). Lo anterior es particularmente relevante porque implicaría que las dos terceras partes restantes de los suicidios consumados, serían el resultado de un primer y único intento. Antes del intento, estuvo la idea ^(14,16).

Por otra parte, la edad y el sexo juega un papel importante en el número de intentos, observándose que con el incremento de la edad son menos los intentos, pero porque los pocos o único intento que se realiza es efectivo. Maris comenta como en las personas mayores y en especial, los hombres por encima de los 60 años, el 90% mueren en el primer intento. En cambio, los jóvenes y en especial las mujeres, tienden a tener varios intentos ⁽¹⁸⁾.

4.8.3 Plan y método

Entre más estructurado sea el plan de suicidio, mayor es el riesgo (Slaikeu, 1988). La estructuración del plan se refiere principalmente a si la persona tiene identificado un dónde, un cuándo y un cómo. “Como” es el método a utilizar: si ha escogido un medio y que tanto acceso tiene a este. Es casi obvio que entre más letal sea el método que se piense usar, mayor será el riesgo de suicidio (Slaikeu, 1988). El aumento del riesgo no se relaciona directamente con la letalidad misma del método sino con la intención de la persona. Si escoge un método más peligroso, se puede interpretar que es porque su intención igualmente lo es. En este sentido Freemann y Reinecke señalan que en sus observaciones clínicas han encontrado que los individuos que han planificado o ejecutado intentos de suicidio por medios no mortales relativamente, pero creían que su plan era mortal, pueden tener más riesgo de intentos futuros ^(14,15). Igualmente, McIntosh dice que la escogencia del método hablaría de la intención ⁽¹⁶⁾.

4.8.4 Sexo

Es una variable que incide en la probabilidad de la acción suicida. Revisando las estadísticas de diferentes localidades y en diferentes años se a 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. Esto es equivalente a decir que el 75% de los suicidios consumados son efectuados por hombres. La proporción puede cambiar un poco de un lugar a otro pero a la fecha, esa es la tendencia que sigue vigente ^(14,16)

Hasta el momento, no existe ningún estudio o investigación que demuestre por qué se da esa diferencia entre sexos y sobre todo, qué sea prácticamente una constante de un país a otro. Lo único que existen son suposiciones basadas en la observación estadística. Algunas se orientan hacia los efectos de la socialización del género: le es más permitido a las mujeres hacer manifestaciones de tipo teatral

con respecto a sus emociones. En ese sentido, las mujeres intentan con el suicidio hacer un llamado de atención. También, se le es más concedido a la mujer, tener mayores solicitudes de ayuda, pensando en ella como en un ser dependiente y desvalido. El hombre por el contrario, tiene que ser más sereno, frío, racional y autosuficiente ^(14,16).

De esto se desprende que el no tener una permisividad en la manifestación de sus emociones y en la solicitud de ayuda, lo conduce a sumirse en la desesperación y abocar por el suicidio de una manera más efectiva. Un hecho que podría brindar un poco de soporte a esta suposición es que la mayor demanda de consulta psicológica en general, es realizada por mujeres y no por hombres. En términos de la consulta concreta por suicidio, las mujeres hacen mayores solicitudes que los hombres ^(14,16).

Otras hipótesis giran alrededor de la importancia del esquema corporal para cada género ⁽¹¹⁾.

La mujer sería entonces más vanidosa que el hombre. El hecho que podría ser un intento de verificación de esta hipótesis es que los hombres tienden a escoger métodos mucho más letales que las mujeres, como son las armas de fuego (Maris, 1992), la precipitación y el ahorcamiento. Las mujeres optan más por la ingestión de medicamentos (principalmente tranquilizantes y/o barbitúricos) o venenos ⁽¹²⁾. Los reportes de suicidio brindados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, para el año de 1996 en Santafé de Bogotá, coinciden con lo anterior: los hombres emplearon armas de fuego en un 56.6% contra un 26.8% de las mujeres, en tanto que las mujeres emplearon la intoxicación (venenos, medicamentos) en un 32.1% contra un 15.5% de los hombres. Los métodos más usados por los hombres, efectivamente atentan más contra la figura corporal, como es el empleo de armas de fuego (Garland y Zingler, 1991). Para la mujer más que para el hombre, sería importante conservar la integridad de su cuerpo, aún después de la muerte ^(14,16).

4.8.5 Edad

Se tiene como premisa que las tasas de suicidio van en aumento con la edad ^(16,17,28). 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 ⁽¹²⁾.

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. ⁽¹⁷⁾ Slaikeu 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 (Slaikeu, 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 ⁽¹²⁾.

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 (Slaikeu, 1988; 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 paso 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% ⁽¹⁵⁾. 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). En Colombia, la tasa de suicidio más elevada se ubica entre los 15 - 24 años, con un 34,99% de los suicidios en toda Colombia y un 36.76% en Santafé de Bogotá, según datos de 1994 del Instituto Nacional de Medicina Legal (12,14).

Esta misma fuente reporta que para 1996 en Santafé de Bogotá la tasa más elevada fue del 34.5% en el rango de edad mencionado.

4.8.6 Estado civil

Los suicidios se relacionan con el estado civil de la persona de la siguiente manera: está más presente entre las personas solteras, separadas y viudas que entre las casadas. En las personas casadas, existe mayor incidencia entre quienes no tiene hijos (Maris, 1992; Wilson, 1991). La variable estado civil por si sola no explica el aumento o disminución en el riesgo de suicidio, sino que está relacionada con otras variables como son el sexo, edad y aislamiento social (12,14).

4.8.7 Suicidios cercanos o en la familia

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 (como se verá más adelante), más no en si mismo, una predisposición a la idea suicida.

Está puede surgir más como el producto de una aprendizaje familiar y añadido a un problema de depresión. En este sentido, Sorenson y Rutter realizaron una investigación centrada en los patrones transgeneracionales de suicidio, encontrando como los antecedentes familiares de suicidio y de desordenes mentales estaban asociados con el aumento del riesgo de suicidio. En este estudio, se subraya la importancia de la interacción entre desordenes mentales con los suicidios y no atribuye a la sola existencia de antecedentes de suicidio, el ser un factor suficiente que aumente el riesgo ^(12,14).

La idea del aprendizaje familiar tiene bases al revisar los trabajos hechos tanto por Bateson como por el grupo de Milán (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1986) alrededor de las familias con transacciones esquizofrénicas. Si bien es cierto que la genética parece tener una influencia en la aparición de un trastorno esquizofrénico en un individuo, las pautas de interacción de la familia juegan un papel preponderante. El concepto de familia se amplía acá no solo a la actual (quienes están vivos) sino también a generaciones anteriores. El grupo de Milán dice que se necesitan al menos tres generaciones para crear un esquizofrénico ^(12,14).

Los estudios realizados alrededor de la depresión y las pautas familiares son aún muy escasos, pero podrían seguir las mismas orientaciones que los trabajos hechos con la esquizofrenia. Por otra parte Yufit y Bongar mencionan como existen algunos estudios que se centrán en los patrones de interacción familiar, y han encontrado como en aquellas familias en donde se han dado casos de suicidio, se identifican patrones de hostilidad acentuada, procesos de escalada en las crisis de transición del ciclo familiar, vínculos simbióticos e intolerancia hacia las crisis ⁽¹²⁾.

Si bien es muy complicado (por no decir que imposible) realizar el diagnóstico de una persona a quien nunca se le ha visto, existen algunos indicadores brindados por terceros que ayudan a orientar. En algunas familias es claramente evidente la manifestación de trastornos bipolares de una generación a otra, incluso con un

diagnóstico validado por un psiquiatra y en las cuales el suicidio de varios de sus miembros ha sido un hecho a través de generaciones. Esto reafirmaría la hipótesis genética. Pero igualmente existen casos de familias con historias de suicidios en las cuales no existen una manifestación de "un algo" al que se le pueda llamar depresión o algo semejante: no hay historia de hospitalizaciones, ni consultas al psiquiatra o descripciones dadas por miembros de la familia que se asemejen aun cuando sea lejanamente con una depresión ^(14,16)

Contemplando ahora la influencia de los suicidios cercanos, habría que acudir a la frase de Rojas (1984) " no hay nada más contagioso que la conducta humana". Los suicidios no relacionados con la familia se puede entender más desde una perspectiva de imitación a asimilación a un modelo. Existen varias evidencias que pueden reafirmar este hecho. En las instituciones escolares, por ejemplo, el suicidio de un joven puede servir como "gatillo" para el posible intento de otra persona. El problema es no poder determinar quién es ese individuo que irá a realizar el próximo intento. De otra parte, los medios de comunicación masiva, ejercen una fuerte influencia: "Y en el terreno de la prevención del suicidio, la publicidad de los suicidios no es precisamente ventajosa. Kraft, psicólogo escolar del Consejo de Educación de la ciudad de Viena, nos informa sobre un experimento realizado en Suiza: En un cantón, los medios de difusión acordaron pasar un año entero sin dar noticias sobre los suicidios; ello redujo a una décima parte el número de suicidios cometidos ⁽¹²⁾.

Manteniendo la línea de análisis de la influencia de los suicidios cercanos, podemos citar el trabajo realizado por Estruch y Cardus (Estruch y Cardus, 1982). Estos dos sociólogos se encargaron de revisar todos los suicidios ocurridos en la isla de Menorca entre 1915 y 1979. Una de las sentencias de su estudio es: "Del análisis de nuestro material no se desprende, ni mucho menos, que efectivamente cada caso de suicidio vaya seguido de modo sistemático de otro suicidio en un breve lapso de tiempo. En este sentido la racionalización que suponen las expresiones arriba mencionadas es exagerada: la generalización es

abusiva. Pero ello no significa que carezca totalmente de fundamento, y que no se corresponda en nada a la realidad ⁽²⁴⁾

Es muy cierto que en repetidas ocasiones hemos podido comprobar la existencia de suicidios en los que el fenómeno de contagio parece haber desempeñado un papel importante. Ante todo se dan, efectivamente, casos de suicidio muy próximos en el espacio y en el tiempo, de suerte que podría hablarse casi de suicidios consecutivos, confirmando así la impresión popular de que "un suicidio conduce al siguiente". " ⁽²⁴⁾.

4.8.8 Perdidas recientes

La muerte de personas muy cercanas, al igual que el divorcio puede funcionar como un precipitante bastante serio de la conducta suicida (Slaikeu, 1988).

En el procesos de duelo que las personas experimentan, pueden surgir fantasías de suicidio en el curso del primer mes de la muerte de la persona. La interpretación que se hace a esta fantasía se centra alrededor de la idea de que la persona intenta tener una forma o medio de reunión con el ser perdido. Definitivamente las circunstancias que rodean la muerte de la persona y el tipo de relación que se guardaba con ella, pueden influir en tales fantasías ⁽²⁴⁾.

4.8.9 Trastornos psicopatológicos

Taney señala que recibir un diagnóstico de desorden mental es un factor que incrementa el riesgo al suicidio, dado que es más prevalente en la población hospitalaria psiquiátrica comparativamente con la población en general., sin embargo, es necesario aclarar que el desorden como tal no es la causa del suicidio (Taney, 1992). Existen al menos tres grupos de entidades que se observan frecuentemente en personas que realizan intentos o suicidios consumados. Están los trastornos afectivos, luego los trastornos psicóticos y por último dos trastornos de personalidad: el antisocial y el límite ⁽³²⁾.

4.8.10 Uso de SPA

Los problemas de consumo de drogas, al igual que el abuso de alcohol, se consideran condiciones que aumentan el riesgo de suicidio (Garland y Zingler, 1991). Concretamente, el alcoholismo como tal, se le considera un buen predictor de riesgo de suicidio (Maris, 1992). Las tasas de suicidio en los alcohólicos son mayores comparadas con la población normal (Lester, 1993). Las estadísticas señalan que las tentativas y logros de suicidios en la población alcohólica están ubicadas entre el 6% y 30%, aunque la mayoría tienden a fijarlo sobre el 20% (Monràs, Marcos y Ramón, 1992). Igualmente, Miles al analizar la literatura referente a los factores asociados al aumento del riesgo de suicidio, estimó que el 15% de los individuos que padecían de alcoholismo murieron de suicidio. Lo significativo de este descubrimiento se destaca por el hecho de que menos del 1% de la población general muere por esta causa (Freemann y Reinecke, 1995). Otras estadísticas ofrecen un rango de dispersión más amplio, ubicando la muerte por suicidio en la población alcohólica entre el 5% y el 27% (Monràs, Marcos y Ramón, 1993). Maris señala como al menos el 18% de la población alcohólica comete suicidio ⁽³²⁾.

4.8.11 Aislamiento social

Podría decirse que las personas que estarían contempladas en estas circunstancias son aquellas que está sometidas a situaciones de encierro como pueden ser los presos, los pacientes hospitalizados o los soldados, más aún si lo están sin su consentimiento. Igualmente, aquellas personas que cuentan con una red de apoyo social bastante pobre. Es así, que se considera el aislamiento social como una condición que aumenta el riesgo suicidio ^(12,14).

Dentro de la población carcelaria existe mayor riesgo de suicidio que en la población general (Slaikeu, 1988). Algunas estadística señalan que este riesgo es cuatro veces mayor en la población carcelaria comparativamente con la población

en general (Eldrid, 1993). Algunos otros elevan el riesgo de suicidio en esta población, hasta nueve veces más ⁽¹²⁾.

Los pacientes hospitalizados por situaciones de crisis tienen un alto riesgo al cabo de las dos primeras semanas de su encierro o sino dos meses después de haber sido dados de alta. Esta probabilidad se aumenta si existe un antecedente previo de esquizofrenia ⁽¹⁴⁾.

En el contexto normal, podríamos pensar que aquellas personas que no cuentan con una red de apoyo (familia, amigos), tendrían mayores probabilidades de realizar un suicidio. Este fenómeno es más acentuado en las grandes urbes y en las poblaciones inmigrantes. Slaikeu considera que el riesgo al suicidio iría en aumento con el incremento del aislamiento social ^(12,14).

El aislamiento y la pérdida de soporte social como factores de riesgo al suicidio, habría que entenderlos desde la perspectiva de la disminución de recursos para el afrontamiento de las situaciones estresantes de la vida ⁽⁷⁾.

4.8.12 Enfermedad Crónica

Padecer una enfermedad de carácter crónico y más aun si conlleva a la incapacidad del sujeto, es otra condición que se considera como riesgo para el suicidio (Slaikeu, 1988). Este factor presenta una alta asociación con la edad, siendo más probable el padecer enfermedades crónicas con el incremento de los años ⁽¹⁸⁾.

De la misma manera, la presencia de estados depresivos, reactivos a la enfermedad misma, aumentaría más el riesgo. Freemann y Reinecke mencionan como el 85% de la población estadounidense mayor de 65 años, padece una o más enfermedades crónicas, lo cual tiende a coincidir con la elevada incidencia del suicidio por encima de los 65 años ⁽¹⁸⁾.

4.8.13 Eventos desencadenantes o precipitantes

Aquí entran los llamados "motivos" o "causas" del suicidio y este punto es de vital importancia. Beck, Rush, Shaw y Emery señalan como en el momento del intentos de suicidio, muchas personas se encuentran atravesando situaciones problemáticas y altamente conflictivas para ellas ⁽¹⁶⁾.

Por otra parte, en los suicidios consumados de adolescentes, se ha podido identificar situaciones desencadenantes como ruptura de relación amorosa, sospecha de fracaso en el colegio, arresto y abuso sexual o ataque físico, específicamente en las mujeres (Garland y Zingler, 1991). A esas situaciones problemáticas son las que debemos entender como desencadenantes de la actuación suicida, pero, es necesario hacer varias precisiones en este sentido ⁽¹⁶⁾.

Por qué es erróneo decir que un evento es la "causa" del suicidio? Si bien para la persona que está pensando en suicidarse la razón o problema que aduce para llevar a cabo su acto es la insoportable situación económica, la perdida de pareja, el no encontrarle sentido a la vida o mi situaciones más, no es esa la condición misma que lo lleva a suicidarse. Podría pensarse más bien que esa fue la "gota que rebozó la copa" más no que fue tal evento el que lo condujo a suicidarse. De ser así, cualquier persona que atravesara por una situación igual o semejante tendería a suicidarse y en la realidad eso no ocurre. Si bien es cierto que no hay dolor más grande que el que cada uno está sintiendo por la causa que sea, el condicionar el suicidio a causas externas sería dejar la decisión en manos del destino ⁽¹⁴⁾.

Si pensamos en el joven que es abandonado por la novia a la cual tanto quiere, el motivo de su suicidio no es el abandono mismo, sino la incapacidad que este experimenta de poder continuar la vida sin ella. Es así, que las llamadas causas del suicidio deberían verse más desde la interpretación que la persona hace más que por el incidente en si. Es difícil pensar que algunas situaciones que podemos calificar como adversivas no lo sea para todo el mundo: en últimas lo que importa

no es lo que pasa a la persona sino la forma como está lo vive, experimenta y resuelve. Por ejemplo, un aborto puede o no ser traumático para una mujer. La tendencia más común es pensar que si lo sea, pero igual existen mujeres para las cuales eso significa tan solo un pequeño accidente en su vida y nada más; no se debe desconocer que existen otras para las cuales eso significó un cambio total y absoluto en su vida. Qué es lo que marca la diferencia en uno y otro caso ? Además de las circunstancias propias del evento, la forma como cada una lo viva y lo resuelva está también presente ⁽¹⁴⁾.

Volviendo al caso del suicidio, lo importante es identificar si existe una situación que la persona perciba como inmanejable, sin salida o que va más allá de sus capacidades. En este momento, se debe analizar cuál ha sido el manejo que la persona hace de su situación y explorar las posibles soluciones que haya realizado y/o pensado ⁽¹⁵⁾

4.9 MITOS Y FALACIAS DEL SUICIDIO

Siendo del suicidio un tema tabú en nuestra sociedad, parece existir una tendencia a ocultar el hecho y asumir que es un fenómeno poco frecuente. Si bien es cierto que en términos de proporciones no posee las mismas magnitudes que otras problemáticas (consumo de SPA, infección por VIH, maltrato infantil, abuso y acoso sexual), no por esto podríamos decir que es una conducta que no se presenta entre algunos miembros de la población ⁽²⁴⁾.

De otra parte, las reacciones emocionales de las personas ante el conocimiento de un suicidio suelen pasar desde la estupefacción y sorpresa macabra hasta la consumación de otro suicidio. Así mismo, también se tiende a buscar culpables para poder dar una explicación lógica y aceptable a la muerte de alguien. En ese mismo sentido, también existen falsas creencias que podrían reconfirmar la actitud de negación y censura hacia el suicidio ⁽¹²⁾.

Los siguientes son algunos de los mitos existentes alrededor del suicidio y tal y como la evidencia lo señala, son más el desconocimiento y las falsas creencias las que prevalecen alrededor del tema (7).

1. Mito: Los que hablan sobre suicidio no lo llevan a cabo.

Hechos: De cada 10 personas que se suicidan, 8 habían advertido de forma clara sus intenciones suicidas.

2. Mito: El suicidio se produce sin previo aviso.

Hechos: Los estudios realizados muestran que las personas suicidas proporcionan muchos indicios y advertencias sobre sus intenciones suicidas.

3. Mito: Las personas suicidas están decididas a morir.

Hechos: La mayoría de las personas suicidas están indecisas entre vivir o morir; lo que hacen es apostar por la muerte dejando que sean los otros los que les salven. Casi nadie se suicida sin que los otros sepan cómo se sienten.

4. Mito: Una vez que una persona está en estado suicida ya lo estará siempre.

Hechos: Las personas que desean quitarse la vida están en estado suicida sólo por un tiempo.

5. Mito: La mejoría después de la crisis suicida viene a significar que el riesgo de suicidio se ha superado.

Hechos: Son muchos los suicidios cometidos al cabo de 3 meses de comenzada la mejoría, cuando la persona tiene la suficiente energía como para poner sus ideas y sentimientos mórbidos en práctica.

6. Mito: El suicidio es mucho más frecuente entre los ricos o, a la inversa, se presenta casi exclusivamente entre los pobres.

Hecho: El suicidio no es una enfermedad de ricos ni la maldición de los pobres. El suicidio está representado proporcionalmente en todos los niveles de la sociedad.

7. Mito; El suicidio se hereda o está en la familia.

Hecho: Es un patrón individual.

8. Mito: Todas las personas suicidas son enfermos mentales y el suicidio es casi siempre la actuación de una persona psicótica.

Hechos: Los estudios realizados sobre cientos de notas de verdaderos suicidios indican que, aunque la persona suicida es extremadamente infeliz y se halla alterada, no es necesariamente un enfermo mental. De hecho, hay evidencias de pensamiento racional y de estar en contacto con la realidad.

9. Mito: Ser miembro de un grupo religioso en particular, es un buen predictor de que la persona no considere el suicidio.

Hechos: Es un error creer que la fuerte prohibición que existe dentro de la religión católica, es un freno eficaz para evitar la actuación suicida de una persona. Además, que una persona se identifique con una religión particular no es una representación de sus creencias particulares.

10. Mito: El motivo del suicidio se puede establecer fácilmente.

Hechos: La verdad es que es muy difícil entender por qué una persona decide suicidarse. Por ejemplo, un revés en la situación económica precedido de la actuación suicida, no es una causa que explique fácilmente el suicidio.

11. Mito: Todos los que comente suicidio están deprimidos.

Hechos: Esta falacia radica en el hecho de que muchos de los signos de las actuaciones suicidas frustradas son ignorados porque la persona no actúa como si estuviera deprimida. Muchas de las personas que se suicidan no están deprimidas. De hecho, algunas personas se muestran calmadas y en paz consigo mismas.

12. Mito: Una persona con una enfermedad física terminal, no contempla la posibilidad del suicidio.

Hecho: Teniendo en cuenta las condiciones de padecimiento tanto físico como moral, propios o de los seres amados, el suicidio es una posibilidad que frecuentemente pueden contemplar, en miras de darle fin lo antes posible la sufrimiento, aun cuando la muerte se perciba como un hecho inminente.

13. Mito: El suicidio es influido por las estaciones del año, la latitud y las condiciones climatológicas en general o los días de la semana.

Hecho: No hay datos suficientes para sostener estas creencias

14. Mito: El suicidio es influido por factores cósmicos como las fases de la luna.

Hecho: No hay evidencias que confirmen lo anterior.

15. Mito: El suicidio es un evento aislado.

Hecho: Aun cuando existe un debate muy amplio en este sentido, se hace clara la conexión con factor desencadenante, sin que este factor pueda llamarse como tal la causa del suicidio.

16. Mito: Pensar en el suicidio es algo más bien raro.

Hecho: Estimaciones hechas sobre estudios hechos con muestras no clínicas, sugieren que la idea del suicidio está presente desde un 40% hasta un 80% de la población. Esto significa que han pensado al menos una vez en la vida en la idea del suicidio.

17. Mito (especialmente presente entre terapeutas): Preguntarle a una persona sobre sus ideas de suicidio, especialmente si está deprimida, puede llevar a que la persona realice un intento, que no se hubiese dado si no se le hubiese preguntado.

Hecho: Un de los principales aprendizajes en la labor clínica, es indagar en profundidad sobre la ideación y su estructura. Además, el hacer la pregunta es conceder tácitamente un permiso a la persona para que hable sobre algo que puede considerar como un secreto inconfesable. De hecho, muchas personas se sienten más aliviadas al poder exponer sus ideas sobre el suicidio.

18. Mito: Las personas que realizan intentos con medios de baja letalidad, no están considerando seriamente la idea de matarse.

Hecho: Aquí se confunde la letalidad con el intento. Algunas personas no están bien informadas sobre la letalidad del método que van a emplear, como puede ser la utilización de píldoras. El método empleado no necesariamente está en consonancia con la intención subyacente.

CAPITULO V

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

V PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estudio del suicidio suele ser uno de los temas clásicos de la medicina legal, en primer lugar porque se trata de un mecanismo de muerte violenta, no natural, que obliga a la intervención judicial directa y también por el dramatismo que suelen rodear muchos casos: muerte a menudo inesperada, rápida y con una mayor repercusión social ⁽¹²⁾.

La tragedia de la muerte de un(a) joven debido a desesperanza o frustración abrumadoras resulta en la devastación emocional, social y económica de numerosos familiares, amigos, padres, hermanos, compañeros, entrenadores y vecinos podrían quedarse con la duda si pudieran haber hecho algo para impedir que ese joven decidiera suicidarse.

El suicidio es una forma relativamente frecuente de muerte y constituye un fenómeno social de gran importancia y trascendencia. Sin duda alguna, su estudio, valoración y prevención es una responsabilidad que compete a todos los niveles sanitarios. En principio, aunque esta afirmación pueda resultar clara, no parecen existir todos los argumentos necesarios para enfrentarse a ellos. Por otra parte, se reporta que aproximadamente un 25% de las personas que hacen una tentativa de suicidio no entran en contacto con dicho sistema sanitario.

El conocimiento de los factores de riesgo de suicidio, tanto de tipo demográfico como clínicos, resulta, a todas luces, útil para poder estimar el grado de peligro. Aunque este método resulta apropiado para conocer esta realidad, no podemos olvidar que está lejos de ser seguro e indubitable.

No existe duda alguna acerca de la necesidad de una colaboración multidisciplinaria para el estudio del suicidio, dada la complejidad de esta conducta y su expresión de una causalidad múltiple.

El Ministerio de Salud y Deportes de nuestro País tiene datos de 3,495 casos de suicidios en el territorio nacional desde 2005 hasta 2008. De acuerdo a esta institución la sede de gobierno tuvo al menos 1.139 muertes.

Cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad "global" de 16 por 100 000, o una muerte cada 40 segundos.(OMS)

En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial. El suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; y estas cifras no incluyen los tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado.(OMS)

Se estima que a nivel mundial el suicidio supuso el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4% en los países con economías de mercado y en los antiguos países socialistas. (OMS)

Por ser el suicidio un problema dominante que involucra a la salud pública, con implicaciones medico legales importantes y debido a una ausencia de su estudio y conocimientos en nuestro medio, se constituye en un aporte en futuras investigaciones. Además de que el estudio arrojara los factores asociados al riesgo suicida además de su prevalencia para el conocimiento del médico y personal de salud, para trasladar sus conocimientos a un problema coherente para la evaluación cuidadosa

La propuesta está en el marco de las investigaciones sobre el análisis de la situación de salud, según condiciones promovidas por la OPS en todos los países. Dentro del marco médico legal.

La Dra. Catherine Le Gales-Camus, Subdirectora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para enfermedades No Transmisibles y Salud Mental menciona que el suicidio es un trágico problema de Salud Pública en todo el mundo. Se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y

guerras. Es necesario adoptar con urgencia en todo el mundo medidas coordinadas y más enérgicas para evitar ese número innecesario de víctimas”.

El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los estupefacientes y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios. Las enfermedades orgánicas y el dolor incapacitante también incrementan el riesgo de suicidio.

Lo anteriormente expuesto, establecería una alarma importante, puesto que se observa un incremento en los casos de suicidios consumados, que en todo caso son los que se encuentran registrados. Sin embargo, no existen registros de los intentos de suicidio, siendo estos un paso previo a la comisión del suicidio como tal.

Aunque tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado entre los varones de edad avanzada, las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo.

Los trastornos mentales (especialmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol) son un importante factor de riesgo de suicidio en Europa y América del Norte; en los países asiáticos, sin embargo, tiene especial importancia la conducta impulsiva. El suicidio es un problema complejo, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales.

Según el Observatorio del Delito en el municipio de San Juan de Pasto, Colombia, el 70% de los casos de violencia autoinflingida correspondían a personas con edades entre los 15 y 29 años. De igual manera, los mayores porcentajes de casos de suicidios consumados se presentan en el grupo etario de 20 a 24 años

(27%), seguido por el de 15 a 19 años (20%). Estos datos muestran que el intento de suicidio y el suicidio consumado son problemáticas que afectan principalmente al periodo de adolescencia y adultez joven en el municipio de San Juan de Pasto. Al analizar las estadísticas de suicidio se ha podido identificar una variedad importante de factores de riesgo de tipo familiar, económico, social, emocional, relacional, de personalidad, genético.

En las tres últimas décadas, la tasa de suicidios en México se cuadruplicó al pasar de dos por cada 100 mil habitantes a 7.6, hasta el 2011, según las últimas cifras disponibles. El 42% de los casos de suicidio se registró en jóvenes entre 15 y 24 años de edad, seguido por el rango de edad de 25 a 34 años. Cada 24 horas fallecen alrededor de 16 personas jóvenes por esta causa. Según las estadísticas, en 2011 se registraron 5 mil 728 suicidios, la mayoría entre jóvenes de 15 a 24 años, seguido por los rangos de 25 a 34 años. ⁽¹⁶⁾.

El suicidio es la segunda causa de muerte traumática en la Argentina, el pico más alto se da entre los 12 y los 25 años, y la mitad de los casos están asociados al alcoholismo. ⁽¹⁷⁾.

5.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles serán los factores asociados al riesgo suicida en universitarios de 18 a 24 años de edad, de la Universidad Mayor de San Andrés del Municipio de La Paz, Bolivia, entre los meses de Julio a Septiembre de la gestión 2014?

5.2 OBJETIVOS

5.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son los factores asociados al riesgo suicida en universitarios de 18 a 24 años de edad de la Universidad Mayor de San Andrés del Municipio de La Paz, Bolivia, Julio – Septiembre de la gestión 2014.

5.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir las características sociodemográficas de los universitarios de 18 a 24 años de edad, de la Universidad Mayor de San Andrés.

Identificar el nivel de riesgo suicida en alto, medio, bajo en universitarios de 18 a 24 años de edad de la Universidad Mayor de San Andrés

Describir los factores psicosociales asociados al riesgo suicida (Baja autoestima, Desesperanza, Afrontamiento o incapacidad para afrontar emociones, Soledad y abatimiento e Ideación suicida).

Proponer un protocolo de autopsia médico legal para casos de suicidio.

CAPITULO VI

DISEÑO METODOLOGICO

VI DISEÑO METODOLOGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal,

Un **estudio cuantitativo** como este, está basado en la inducción probabilística del positivismo lógico, asumiendo una realidad social objetiva de los participantes en la investigación, respecto a la situación del riesgo suicida y otros fenómenos.

En el **estudio descriptivo**, el objetivo de los estudios descriptivos es la de describir una característica en una población determinada. Estudian situaciones que ocurren en condiciones naturales. Son útiles cuando se conoce poco acerca de lo que se quiere estudiar y normalmente sirve como inicio de posteriores investigaciones analíticas. Se tiene que tener en cuenta que en los estudios descriptivos no se estudia la relación causa- efecto.

En el **estudio transversal**, el objetivo de los estudios transversales es la de intentar analizar el fenómeno en un periodo de tiempo corto, un punto en el tiempo, por eso también se les denomina “de corte”. Este tipo de estudio permitirá identificar el grado de conocimiento o riesgo de la población en estudio, en menor tiempo.

Los datos serán utilizados con finalidad puramente descriptiva, no enfocados a una presunta relación causa-efecto.

6.2 POBLACION Y LUGAR

La población de estudio fue los estudiantes universitarios que se matricularon durante la gestión 2014 en la Universidad Mayor de San Andrés con 13 facultades: Facultad de Economía, Facultad de Ciencias Puras, Facultad de Medicina, Facultad de Bioquímica y farmacia, Facultad de odontología, Facultad de Ingeniería, Facultad Técnica, Facultad de derecho, Facultad de humanidades, Facultad de sociales, Facultad de Arquitectura, Facultad de agronomía, Facultad de geología, con un total de 79.434 estudiantes

La Universidad Mayor de San Andrés, o simplemente UMSA, se encuentra en la ciudad de La Paz, Bolivia. Es una de las casas de estudios superiores más prestigiosas del país además de ser reconocida a nivel internacional, Universidad Mayor de San Andrés (UMSA). El edificio que actualmente acoge las principales oficinas de esta casa de Estudios, conocido como Monoblock, está ubicado en la Avenida Villazón de la ciudad de La Paz, por la cantidad de facultades, las mismas se encuentran ubicadas en todo lo que es dicha ciudad.

6.3 MUESTRA

El tamaño de la muestra fue calculado con el software de análisis epidemiológico EPI-INFO, versión 6.04 en español (CDC, Atlanta, GA, USA, 1996), que tiene un grado de difusión elevado por ser de gran utilidad, estar avalado por la Organización Mundial de la Salud así como por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, USA, misma que se la puede obtener en la oficinas mencionadas o en línea gratuita, sin costo para el interesado.

CALCULO DE TAMAÑO MUESTRAL

EpiInfo Version 6	Statcalc	November 1993
Population Survey or Descriptive Study Using Random <Not Cluster> Sampling		
Population Size	:	79,434
Expected Frequency	:	30.00 %
Worst Acceptable	:	35.00 %
Confidence Level		Sample Size
-----		-----
80 %		138
90 %		227
95 %		321
99 %		553
99.9 %		899
99.99 %		1,251
Change value of Population, Frequency, or Worst Acceptable to recalculate.		

Fuente: Paquete estadístico Epi info versión 6.

Una vez que se obtuvo el tamaño muestral para el estudio se procedió a realizar el tipo de muestreo estadístico no probabilístico por conveniencia (es decir que le cada unidad muestral a sido recolectada con estudiantes universitarios que se

encontraban en las bibliotecas de las distintas facultades de la Universidad Mayor de San Andrés) trabajando con un tamaño muestral de 1251 estudiantes universitarios, con un nivel de confianza de 99,99% rango de error de 0,01%

6.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION

Se tomara en cuenta:

- Estudiantes universitarios de ambos sexos comprendidos entre los 18 a 24 años.
- Estudiantes universitarios que se encuentren cursado el primer a quinto año, debidamente matriculados.
- Estudiantes universitarios que pertenezcan a la Universidad Mayor de San Andrés.
- Estudiantes universitarios que pertenezcan al turno matutino, vespertino y nocturno.
- Estudiantes universitarios que accedan a brindar su consentimiento para participar del estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Serán excluidos:

- Todos aquellos que no cumplan los criterios de inclusión.
- Encuestas llenadas de manera inadecuada.
- Los que respondan menos del 90% de las interrogantes del instrumento.

6.5 VARIABLES

Las variables seleccionadas como posibles factores pronósticos de riesgo suicida en los universitarios.

VARIABLE DEPENDIENTE

- **Grado de Riesgo Suicida**, variable de tipo cuantitativa que será identificada como riesgo (obtenida del resultado del cuestionario utilizado para el estudio):
 - Bajo, cualitativa ordinal
 - Medio, cualitativa ordinal
 - Alto, cualitativa ordinal

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Baja autoestima, cualitativa nominal
- Desesperanza, cualitativa nominal
- Incapacidad para afrontar emociones, cualitativa nominal
- Soledad, cualitativa nominal
- Ideación suicida, cualitativa nominal

VARIABLES DE CONTROL

- Edad
- Sexo
- Estado civil

6.5.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE				
VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACION	
			ESCALA	INDICADOR
Grado de riesgo suicida	Todo acto por el que un individuo corre el riesgo de causarse a si mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil	Cuantitativa nominal	Bajo Medio Alto	Obtenido del cuestionario: Riesgo Bajo: 0 a 30 puntos. Riesgo Medio: 31 a 44 puntos. Riesgo Alto: de 45 a 90 puntos.
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Dimensión psicosocial	Conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos.	Cualitativa nominal politomica	Baja autoestima Desesperanza. Afrontamiento. Soledad, Abatimiento. Ideación suicida.	Presencia o ausencia de los ítems de riesgo, de acuerdo a cuestionario: Baja autoestima: preguntas; 1,6,11,16,21,26 Desesperanza, preguntas; 2,7,12,17,22,27 Afrontamiento,

				preguntas; 3,8,13,18,23,28 Soledad, preguntas; 4,9,14,19,24,29 Ideación suicida, preguntas; 5,10,15,20,25,30
Año cursante en la Universidad	De acuerdo al año en el que el cursante se encuentra.	Cualitativa nominal	Primer año Segundo año Tercer año Cuarto año Quinto año	De acuerdo al año del estudiante en la universidad
VARIABLE DE CONTROL				
Sexo	Ubicación anatómica entre hombre y mujer	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Genero de una persona
Edad	Tiempo transcurrido en año de la existencia de un individuo	Cuantitativa continua	De 18 a 24 años	Edad en años
Estado civil	Situación de una persona de forma conyugal	Cualitativa nominal	Soltero(a) casado(a) Divorciado(a)	Estado conyugal

6.6 PLAN DE ANALISIS

- Se evaluó la parte sociodemográfica tomando en cuenta la edad, sexo, año que cursa, zona donde vive, trabaja, ocupación, ocupación del padre o tutor.
- Se utilizó el ISO-30, misma que fue creada por los doctores de Medicina y Psicología King J. D. & Kowalchuk, B. respectivamente en el año 1994, traducida y adaptada al medio iberoamericano, en el 2006 por Fernandez Liporace psicóloga & Casullo, muestra un poder de discriminación de los ítems y estudios de test –retest. Evalúa la orientación suicida del examinado y en virtud de que al tratarse de un cuestionario autoadministrable posibilita una administración masiva en muy corto tiempo y por su sensibilidad se vuelve una herramienta, útil para el despistaje o screening de la presencia de riesgo suicida u orientación suicida del examinado.

Se trata desde un punto de vista más formal de un instrumento compuesto por 30 ítems, formulados en forma positiva y negativa (directos e inversos) que se responden según una escala Likert, que ofrece cuatro posibilidades de respuesta:

0 = Totalmente en desacuerdo

1 = En parte en desacuerdo

2 = En parte de acuerdo

3 = Totalmente de acuerdo

Es una escala que indaga la presencia de factores de riesgo vinculados a ideación suicida y comportamientos suicidas relacionados con cinco dimensiones o subescalas: Baja autoestima, Desesperanza, Afrontamiento o incapacidad para afrontar emociones, Soledad y abatimiento e Ideación suicida que corresponden a reactivos que se consideran críticos.

El cumplimiento de los objetivos se dio a partir de la aplicación de un instrumento, se obtuvo información que fue organizada de acuerdo a categoría y sub categorías planteadas en esta investigación, lo que fue posible mediante la elaboración de una base de datos o un fichero para la digitalización y almacenamiento de los datos obtenidos en las encuestas, construida con la ayuda del software IBM SPSS Statistics 22.

Para dar salida a los diferentes objetivos específicos y así poder responder al objetivo general se realizaron los siguientes procedimientos:

1. Para describir las características sociodemográficas de los universitarios de 18 a 24 años de edad, de la Universidad Mayor de San Andrés, se procedió a realizar una caracterización de la encuesta socio – demográfica (género, edad, universidad, tipo de institución, nivel universitario, lugar de residencia, ocupación del universitario, ocupación del adulto a cargo), mediante la base de datos, para realizar un análisis de frecuencias de tipo descriptivo de las distintas variables correspondientes a la totalidad de participantes que ingresaron al estudio.
2. Para identificar el nivel de riesgo suicida en alto, medio, bajo en universitarios de 18 a 24 años de edad de la Universidad Mayor de San Andrés, se procedió mediante la base de datos a cuantificar los resultados obtenidos en la escala ISO – 30, al tipo de riesgo suicida (bajo, medio, alto), al que pertenecen los participantes que ingresaron al estudio con sus dos formas de calificación no excluyentes: una puntuación cuantitativa (total) y por la identificación de los ítems críticos (indicadores de ideación suicida activa); para finalmente realizar un análisis de frecuencias de tipo descriptivo y medidas de riesgo absoluto (prevalencia).
3. Para describir los factores psicosociales asociados al riesgo suicida (Baja autoestima, Desesperanza, Afrontamiento o incapacidad para afrontar emociones, Soledad y abatimiento e Ideación suicida), se procedió mediante la base de datos a cuantificar los resultados obtenidos para las dimensiones psicosociales (baja autoestima, desesperanza, afrontamiento

o incapacidad para afrontar emociones, soledad, abatimiento e ideación suicida), presentes en la escala ISO – 30, según a la calificación al que pertenecen (bajo, medio y alto), así se realizó un análisis de frecuencias de tipo descriptivo y medidas de riesgo absoluto.

4. Para proponer un protocolo de autopsia médico legal para casos de suicidio, se procedió mediante la base de datos obtener la prevalencia, misma que fue utilizada para obtener el protocolo de autopsia para casos de suicidio.

6.7 ASPECTOS ETICOS

Como primer punto, se procederá a tener una entrevista con el representante legal de la Universidad Mayor de San Andrés y con los representantes de las facultades. A quienes se les brindara toda la información de la investigación (instrumentos de medición, consentimientos informados), se estará abierto a todas las interrogantes y satisfacer las mismas. Para que los universitarios de esta institución participen en el llenado de los cuestionarios. (Con el apoyo de la Unidad de Post Grado)

Al estudiante universitario (a), se le proporcionara una hoja de asentimiento informado, para la libre participación de estos, los que participaren estamparan sus datos de identificación (nombre y apellidos, carnet de identidad y firma), los formatos a utilizar se basaran en el propuesto por el comité ético científico de la Universidad de Costa Rica.

No será necesario recabar un consentimiento informado por parte del tutor o adulto a cargo del estudiante universitario, por la edad que se pretende abarcar, además de que se trata de una investigación no experimental, en el que solo se procederá a realizar el recogido de datos en forma anónima.

CAPITULO VII

RESULTADOS

VII RESULTADOS

Por consiguiente se presenta los resultados obtenidos con el instrumento y técnicas aplicadas para la realización de la investigación.

7.1 RESULTADO N° 1:

Para cumplir el primer objetivo se llevó a cabo un análisis descriptivo de frecuencias, describiendo las características sociodemográficas de los participantes en la investigación, donde de acuerdo a la tabla N° 1 la población estudiada estuvo compuesta por estudiantes universitarios de la Universidad Mayor de San Andrés, de ambos sexos de los cuales un 44,5% (n = 561) fueron del sexo masculino y 55,5% (n = 699) del sexo femenino, con edades comprendidas entre los 18 a 24 años (M = 21 años), DE = 1,722 correspondiendo la mayoría a los 20 años (25,1%), seguida esta por quienes tenían 21 (19%), 19 (13,4%), 22 (12,8%), 23 (12,3%), 24 (9,6%), 18 años (7,8%) al momento de la evaluación.

El total de participantes fue extraído de las 13 facultades de la Universidad Mayor de San Andrés, en los turnos (matutino, vespertino, nocturno), realizándose porcentualmente de acuerdo a la cantidad de estudiantes universitarios inscritos por cada facultad siendo la mayor de 180 encuestas y la menor de 20 encuestas.

Con respecto a la distribución por facultad, se encontró que en orden descendente el número de encuestados fue de: Economía 14,3%, Derecho 14,3%, Humanidades 14,3%, Sociales 9,5%, Ingeniería 9,5%, Técnica 8,7%, Ciencias Puras 7,1%, Medicina 7,1%, Arquitectura 4,4%, Agronomía 3,6%, Farmacéutica 2,8%, Odontología 2,8%, Geología 1,6%.

Respecto a la (Tabla N° 1) podemos observar dentro de las tres primeras Facultades se tiene un riesgo alto; la Facultad de Economía con un 4,6%, seguido de la Facultad de Humanidades con 4%, y la Facultad de Derecho con un 3,2%, con edad predominante de riesgo de 20 años de edad con un 7,1%, predominio sexo femenino con un 14,4%.

TABLA N° 1 VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS (INDEPENDIENTES) Y RELACION DE ESTAS CON EL TIPO DE RIESGO SUICIDA, DE LOS UNIVERSITARIOS DE LA U.M.S.A. JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE DE 2014

Variable Independiente	N= 1260	%	Riesgo Bajo (%)	Riesgo Medio (%)	Riesgo Alto (%)
Genero					
Masculino	561	44,5	6,7	25	12,9
Femenino	699	55,5	7	34,1	14,4
Edad (años)					
18	98	7,8	1,1	4,4	2,3
19	169	13,4	1,7	8,4	3,3
20	316	25,1	3,9	14	7,1
21	240	19	3,3	11,3	4,4
22	161	12,8	1,2	8,5	3,1
23	155	12,3	1,8	7,1	3,3
24	121	9,6	0,7	5,3	3,6
Facultad					
Economía	180	14,3	1,5	8,2	4,6
Derecho	180	14,3	2	9,1	3,2
Humanidades	180	14,3	1,3	9	4
Sociales	120	9,5	1,4	5,8	2,3
Ingeniería	120	9,5	1,8	5,7	2
Técnica	110	8,7	1	5,5	2,3
Ciencias Puras	90	7,1	1,2	3,6	2,4
Medicina	90	7,1	0,8	4,1	2,2
Arquitectura	55	4,4	1,2	2,1	1,1
Agronomía	45	3,6	0,9	1,8	0,9
Farmacéutica	35	2,8	0,2	1,3	1,3
Odontología	35	2,8	0,2	2,1	0,5
Geología	20	1,6	0,2	0,9	0,6
Totales	1260	Todas las variables independientes al 100%			

Fuente: Elaboración propia, en base a la base de información de los estudiantes universitarios de la U.M.S.A.

Por otro lado se muestra a continuación el desglose de las trece (13) facultades, de acuerdo al sexo y a la edad, según el riesgo suicida bajo, medio, alto. (Tabla N° 2).

Dentro de los mas relevante respecto a la (Tabla N° 2)., se tiene que en la Facultades de la Universidad Mayor de San Andrés: Facultad de economía, con riesgo alto están los de 21 años de edad con 6,1%, con predominio en el sexo femenino con 19,4%, facultad de derecho, con riesgo alto: están los de 24 años de edad con 6,7%, con predominio en el sexo masculino con 12,8%. , facultad de humanidades con riesgo alto: están los de 20 años de edad con 6,7%, con predominio en el sexo femenino con 17,2%. , facultad de sociales, con riesgo alto: están los de 20 años de edad con 7,5%, con predominio en el sexo masculino con 15,8%. , Facultad de Ingeniería, con riesgo alto: están los de 20 años de edad con 7,5%, con predominio en el sexo masculino con 13,3%. , Facultad Técnica, con riesgo alto: están los de 21 años de edad con 7,3%, con predominio en el sexo femenino con 17,3%. , Facultad de Ciencias Puras, con riesgo alto: están los 20 años de edad con 11,1%, con predominio en el sexo masculino con 24,4%. , Faculta de Medicina, con riesgo alto: están los de 20 años de edad con 10%, con predominio en el sexo femenino con 18,9%. , Facultad de Arquitectura, con riesgo alto: están los de 20 años de edad con 10,9 % , con predominio en el sexo femenino con 14,5%. , Facultad de Agronomía, con riesgo alto: están los de 24 años de edad con 8,9%, con predominio en el sexo femenino con 15,6%. , Facultad de Bioquímica y Farmacia, con riesgo alto: están los de 20 y 21 años de edad con 11,4%, con predominio en el sexo femenino con 28,6%. , Facultad de Odontología, con riesgo alto: están los de 21 años de edad con 5,7%, con predominio en el sexo femenino con 14,3%. , Facultad de Geología, con riesgo alto: están los de 22 y 24 años de edad con 10%, con predominio en el sexo femenino con 25%.

TABLA N° 2 VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS (INDEPENDIENTES) Y RELACION DE ESTAS CON EL TIPO DE RIESGO SUICIDA, DE LOS UNIVERSITARIOS DE LA U.M.S.A. JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE DE 2014, RECODIFICADOS POR FACULTAD

FACULTAD DE ECONOMIA					
Variable independiente	N=180	%	Riesgo Bajo (%)	Riesgo Medio (%)	Riesgo Alto (%)
Genero					
Masculino	63	35	5	17,2	12,8
Femenino	117	65	5,6	40	19,4
Edad (años)					
18	18	10	1,1	5	3,9
19	41	22,8	2,2	14,4	6,1
20	49	27,2	4,4	14,4	8,3
21	28	15,6	1,7	7,8	6,1
22	21	11,7	0,6	8,3	2,8
23	15	8,3	0,6	4,4	3,3
24	8	4,4	0	2,8	1,7
FACULTAD DE DERECHO					
Variable independiente	N=180	%	Riesgo Bajo (%)	Riesgo Medio (%)	Riesgo Alto (%)
Genero					
Masculino	87	48,3	6,1	29,4	12,8
Femenino	93	51,7	7,8	34,4	9,4
Edad (años)					
18	9	5,4	0,6	3,9	0,6
19	10	5,6	0,6	3,9	1,1
20	44	24,4	3,3	15	6,1
21	35	19,4	3,3	14,4	1,7
22	24	13,3	1,1	9,4	2,8
23	28	15,6	3,9	8,3	3,3
24	30	16,7	1,1	8,9	6,7

FACULTAD DE HUMANIDADES

Variable independiente	N = 180	%	Riesgo Bajo (%)	Riesgo Medio (%)	Riesgo Alto (%)
Genero					
Masculino	70	38,9	5,6	22,8	10,6
Femenino	110	61,1	3,3	40,6	17,2
Edad (años)					
18	10	5,6	1,1	2,8	1,7
19	35	19,4	1,7	12,8	5
20	41	22,8	3,3	12,2	7,2
21	38	21,1	2,2	13,9	5
22	24	13,3	0,6	9,4	3,3
23	17	9,4	0	6,7	2,8
24	15	8,3	0	5,6	2,8

FACULTAD DE SOCIALES

Variable independiente	N = 120	%	Riesgo Bajo (%)	Riesgo Medio (%)	Riesgo Alto (%)
Genero					
Masculino	56	46,7	4,2	26,7	15,8
Femenino	64	53,3	10,8	34,2	8,3
Edad (años)					
18	8	6,7	0,8	5	0,8
19	6	5	0,8	2,5	1,7
20	35	29,2	3,3	18,3	7,5
21	18	15	2,5	10,8	1,7
22	15	12,5	0	10	2,5
23	19	15,8	5,8	5,8	4,2
24	19	15,8	1,7	8,3	5,8

FACULTAD DE INGENIERIA					
Variable independiente	N = 120	%	Riesgo Bajo (%)	Riesgo Medio (%)	Riesgo Alto (%)
Genero					
Masculino	65	54,2	9,2	31,7	13,3
Femenino	55	45,8	10	28,3	7,5
Edad (años)					
18	10	8,3	2,5	5	0,8
19	9	7,5	2,5	z	1,7
20	31	25,8	1,7	16,7	7,5
21	24	20	7,5	10	2,5
22	15	12,5	3,3	7,5	1,7
23	18	15	0,8	10	4,2
24	13	10,8	0,8	7,5	2,5
FACULTAD TECNICA					
Variable independiente	N = 110	%	Riesgo Bajo (%)	Riesgo Medio (%)	Riesgo Alto (%)
Genero					
Masculino	42	38,2	8,2	20,9	9,1
Femenino	68	61,8	2,7	41,8	17,3
Edad (años)					
18	7	6,4	0,9	2,7	2,7
19	20	18,2	1,8	11,8	4,5
20	19	17,3	5,5	9,1	2,7
21	29	26,4	1,8	17,3	7,3
22	13	11,8	0,9	7,3	3,6
23	12	10,9	0	9,1	1,8
24	10	9,1	0	5,5	3,6

FACULTAD CIENCIAS PURAS					
Variable independiente	N = 90	%	Riesgo Bajo (%)	Riesgo Medio (%)	Riesgo Alto (%)
Genero					
Masculino	65	72,2	7,8	40	24,4
Femenino	25	27,8	8,9	10	8,9
Edad (años)					
18	15	16,7	2,2	6,7	7,8
19	14	15,6	2,2	6,7	6,7
20	32	35,6	6,7	17,8	11,1
21	14	15,6	2,2	10	3,3
22	8	8,9	2,2	4,4	2,2
23	5	5,6	1,1	3,3	1,1
24	2	2,2	0	1,1	1,1
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICION Y TECNOLOGIA MEDICA					
Variable independiente	N = 90	%	Riesgo Bajo (%)	Riesgo Medio (%)	Riesgo Alto (%)
Genero					
Masculino	37	41,1	5,6	23,3	12,2
Femenino	53	58,9	5,6	34,4	18,9
Edad (años)					
18	2	2,2	0	2,2	0
19	11	12,2	1,1	10	1,1
20	24	26,7	1,1	15,6	10
21	19	21,1	5,6	8,9	6,7
22	16	17,8	1,1	8,9	7,8
23	14	15,6	2,2	10	3,3
24	4	4,4	0	2,2	2,2

FACULTAD DE ARQUITECTURA

Variable independiente	N = 55	%	Riesgo Bajo (%)	Riesgo Medio (%)	Riesgo Alto (%)
Genero					
Masculino	29	52,7	12,7	29,1	10,9
Femenino	26	47,3	14,5	18,2	14,5
Edad (años)					
18	3	5,5	0	5,5	0
19	4	7,3	1,8	5,5	0
20	18	32,7	7,3	14,5	10,9
21	9	16,4	5,5	5,5	5,5
22	6	10,9	3,6	7,3	0
23	10	18,2	5,5	3,6	9,1
24	5	9,1	3,6	5,5	0

FACULTAD DE AGRONOMIA

Variable independiente	N = 45	%	Riesgo Bajo (%)	Riesgo Medio (%)	Riesgo Alto (%)
Genero					
Masculino	20	44,4	11,1	24,4	8,9
Femenino	25	55,6	13,3	26,7	15,6
Edad (años)					
18	9	20	4,4	8,9	6,7
19	7	15,6	2,2	11,1	2,2
20	7	15,6	6,7	8,9	0
21	7	15,6	2,2	8,9	4,4
22	4	8,9	2,2	4,4	2,2
23	3	6,7	2,2	4,4	0
24	8	17,8	4,4	4,4	8,9

FACULTAD DE BIOQUIMICA Y FARMACIA

Variable independiente	N = 35	%	Riesgo Bajo (%)	Riesgo Medio (%)	Riesgo Alto (%)
Genero					
Masculino	14	40	5,7	17,1	17,1
Femenino	21	60	2,9	28,6	28,6
Edad (años)					
18	2	5,7	0	5,7	0
19	4	11,4	2,9	2,9	5,7
20	11	31,4	5,7	14,3	11,4
21	6	17,1	0	5,7	11,4
22	4	11,4	0	5,7	5,7
23	5	14,3	0	5,7	8,6
24	3	8,6	0	5,7	2,9

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Variable independiente	N = 35	%	Riesgo Bajo (%)	Riesgo Medio (%)	Riesgo Alto (%)
Genero					
Masculino	4	11,4	2,9	5,7	2,9
Femenino	31	88,6	5,7	68,6	14,3
Edad (años)					
18	4	11,4	0	5,7	5,7
19	7	20	2,9	14,3	2,9
20	3	8,6	2,9	5,7	0
21	8	22,9	2,9	14,3	5,7
22	8	22,9	0	22,9	0
23	3	8,6	0	8,6	0
24	2	5,7	0	2,9	2,9

FACULTAD DE GEOLOGIA

Variable independiente	N = 20	%	Riesgo Bajo (%)	Riesgo Medio (%)	Riesgo Alto (%)
Genero					
Masculino	9	45	10	25	10
Femenino	11	55	0	30	25
Edad (años)					
18	1	5	0	0	5
19	1	5	0	5	0
20	2	10	0	5	5
21	5	25	10	15	0
22	3	15	0	5	10
23	6	30	0	25	5
24	2	10	0	0	10

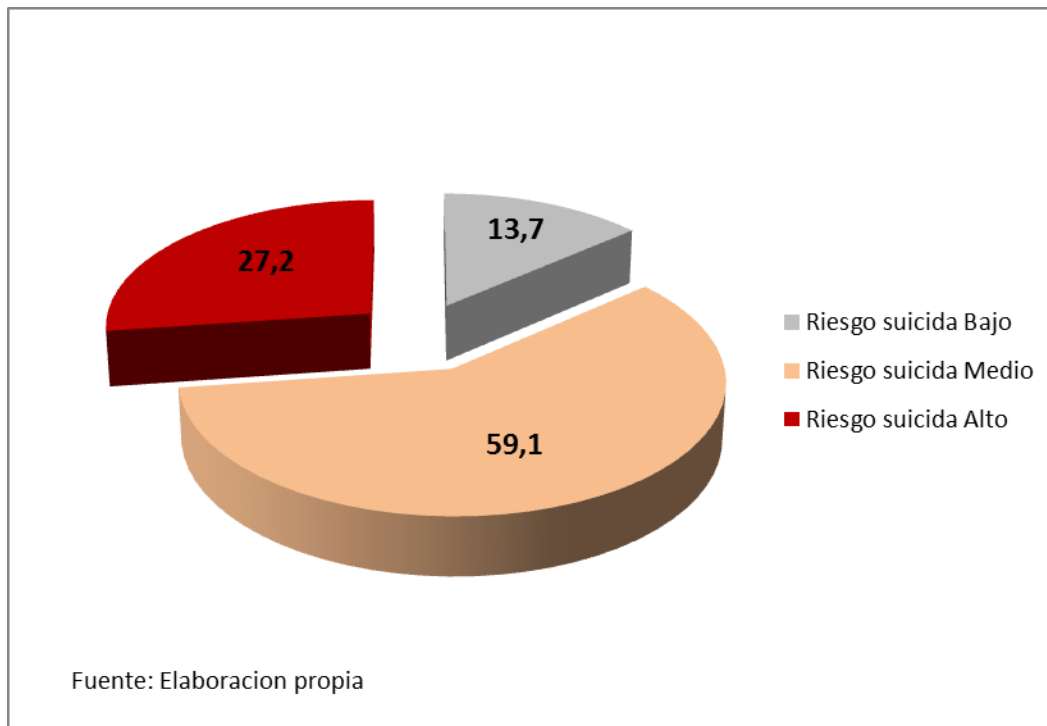
Fuente: Elaboración propia, en base a la base de información de los estudiantes universitarios de la U.M.S.A.

RESULTADO N° 2:

Es necesario destacar que el instrumento de recolección de datos empleado posee dos vías para determinar tal situación, la puntuación total (global o bruta), y el hecho de que el entrevistado marque tres o más ítems críticos que denotan la presencia de ideación suicida.

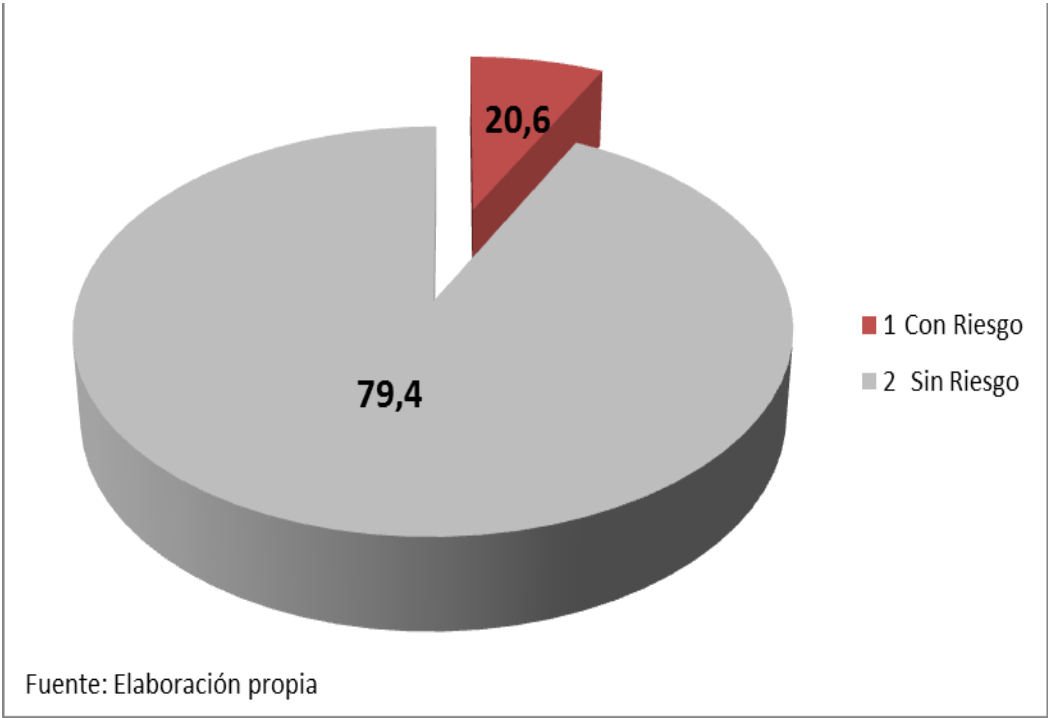
En cuanto a la primera vía se verifico los siguientes niveles de riesgo suicida, un 13,7% (n = 172) bajo, 59,1% (n = 745) medio, 27,2% (n = 343) alto, además, se puede evidenciar independientemente en que tipo de riesgo suicida se enmarca cada variable en estudio (Grafico N° 1).

GRAFICO N° 1 RIESGO SUICIDA SEGÚN RESULTADO TOTAL



En cuanto a la segunda vía se verifico que el riesgo suicida según ítems críticos de ideación suicida un 20,6% se encuentra con riesgo (n = 259), y un 79,4% sin riesgo (n=1001) es decir “está ausente”. Grafico N° 2)

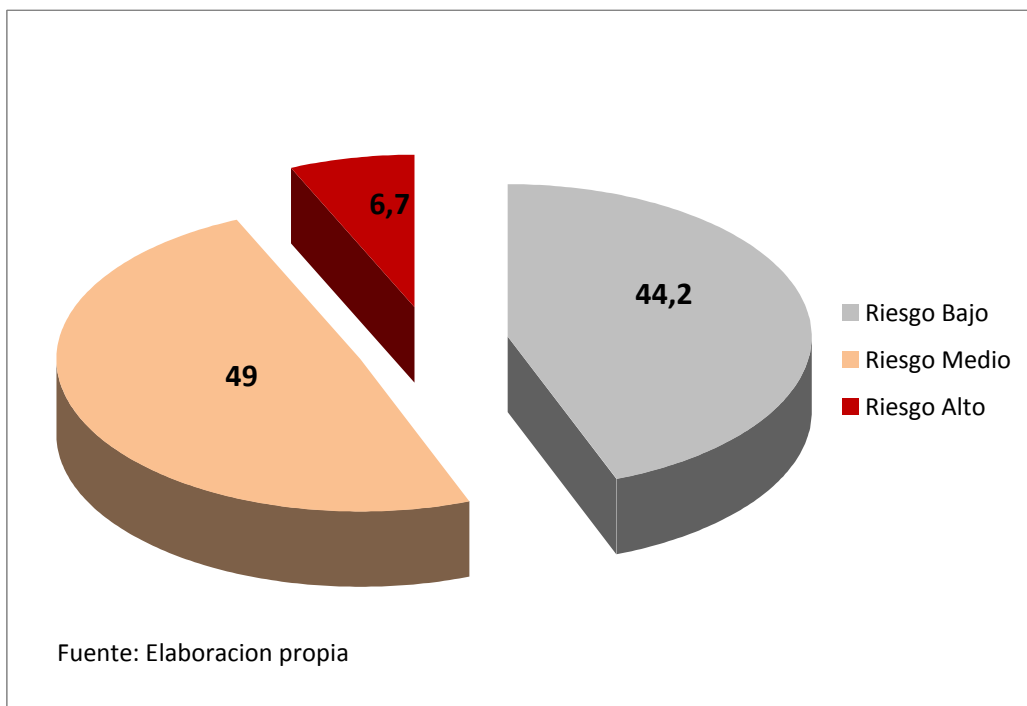
GRAFICO N° 2 RIESGO SUICIDA SEGÚN ÍTEMS CRITICOS



RESULTADO N° 3

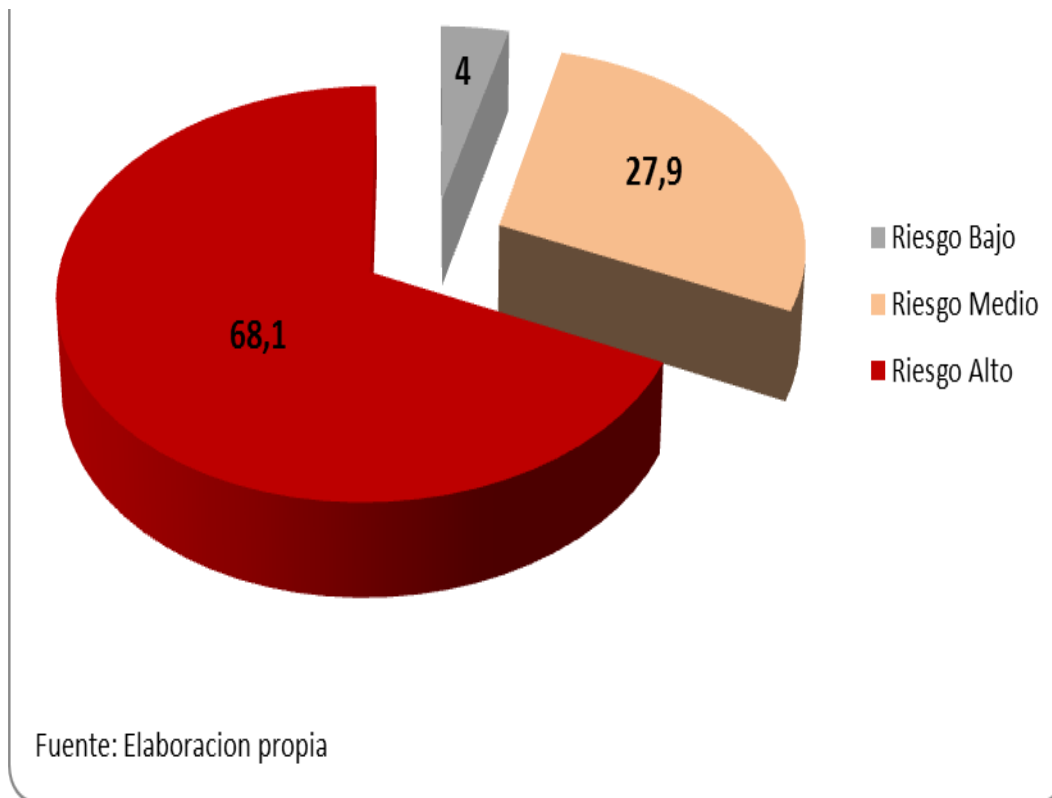
Realizando el análisis respectivo sobre las variables psicosociales, se tiene que en la variable BAJA AUTOESTIMA mostro un nivel de riesgo: “bajo” 44,2% (n = 557), seguido, “medio” 49,0% (n = 618), “alto” 6,7% ((n = 85). (Grafico N° 3)

GRAFICO N° 3 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION ESTUDIADA SEGÚN VARIABLE BAJA AUTOESTIMA



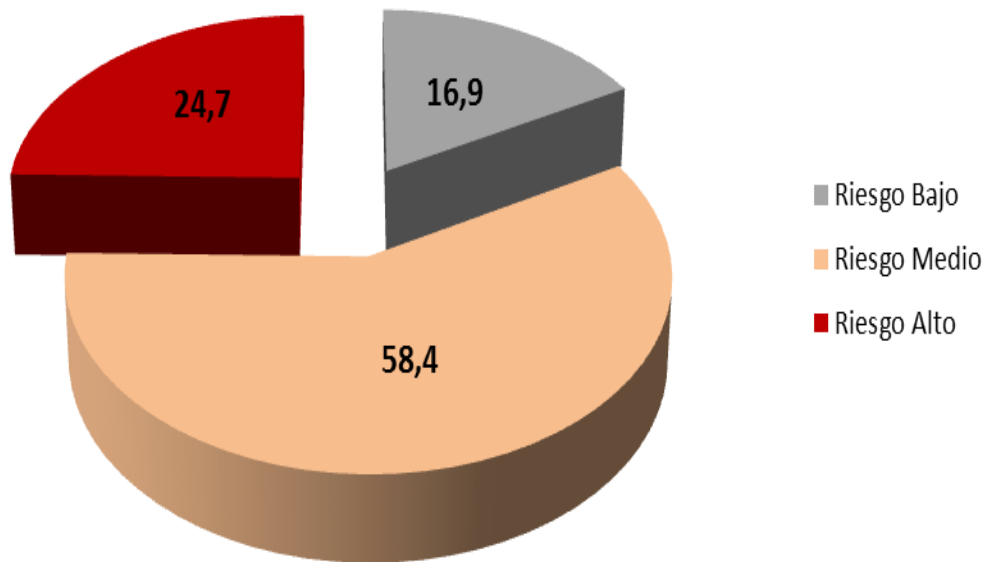
En la variable DESESPERANZA, mostro una puntuación de riesgo: “bajo” 4,0% (n = 51), “medio” 27,9% (n = 351), “alto” 68,1% (n = 858), (Grafico N° 4).

GRAFICO N° 4 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION ESTUDIADA SEGÚN VARIABLE DESESPERANZA



En la variable INCAPACIDAD PARA AFRONTAR EMOCIONES, mostro un riesgo: “bajo” 16,9% (n = 213), “medio” 58,4% (n = 736), “alto” 24,7 % (n = 311), (Grafico N° 5).

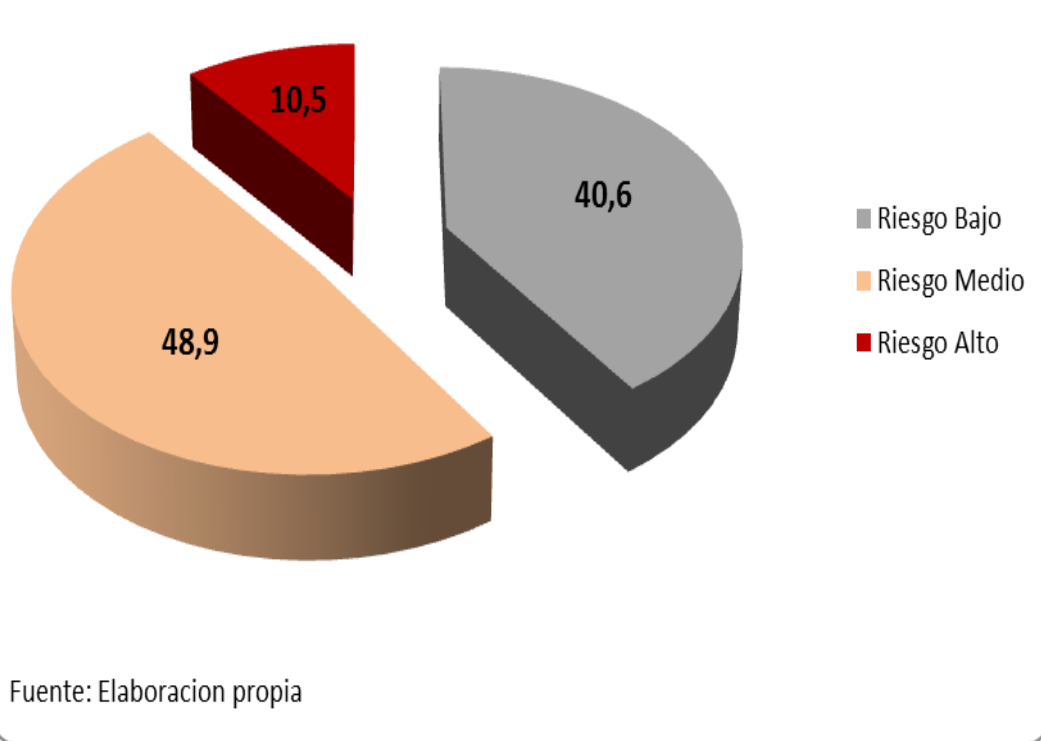
GRAFICO N° 5 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION ESTUDIADA SEGÚN VARIABLE INCAPACIDAD PARA AFRONTAR EMOCIONES



Fuente: Elaboracion propia

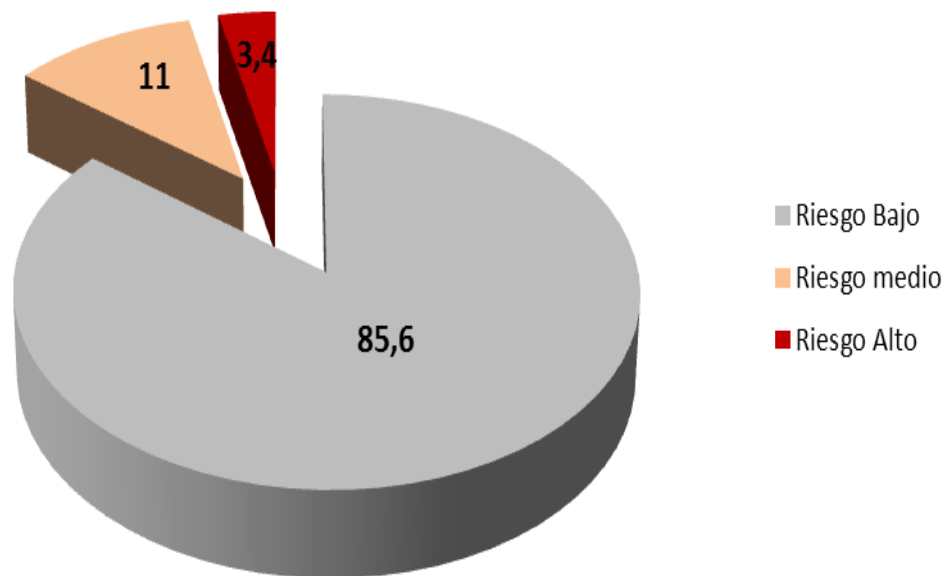
Con respecto a la variable SOLEDAD Y ABATIMIENTO, se encontró que un 40,6% (n = 512) se encuentra en nivel de riesgo “bajo”, 48,9% (n = 616) “medio”, y riesgo “alto” 10,5% (n = 132), (Grafico N° 6).

GRAFICO N° 6 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION ESTUDIADA SEGÚN VARIABLE SOLEDAD Y ABATIMIENTO



Finalmente con respecto a la variable IDEACION SUICIDA, se estableció que se encuentran con una frecuencia “baja” de 85,6% (n = 1078), “medio” de 11,0% (n = 139), “alto” 3,4% (n = 43), (Grafico N° 7).

GRAFICO N° 7 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION ESTUDIADA SEGÚN VARIABLE IDEACION SUICIDA



Fuente: Elaboracion propia

VIII DISCUSIONES

Es conveniente aclarar una vez más, que este tipo de estudio referente exclusivamente al componente de “Ideación suicida” (quienes piensan, desean y planean, cometen suicidio y no han efectuado un intento suicida), no se ha encontrado ningún tipo de trabajo investigativo en la ciudad de La Paz en base a este grupo etareo, y no ha habido estudio en la Universidad Mayor de San Andrés respecto al tema que se a desarrollado, solo existen algunos referentes de artículos a intentos suicidas y suicidios consumados, además sin hacer una especial atención a los universitarios. La investigación más cercana con nuestro tema es uno realizado en unidades educativas de secundaria del municipio de La Paz, por el Dr. Felix Quiroga, por lo que se tiene de referencia este y trabajos realizados en otros países de Latinoamerica.^(1, 2,15)

Referente a determinar la ideación suicida, foco de atención de nuestra investigación, se pudo establecer que un 3,4 % presenta algún tipo de ideación suicida y se encuentra entre el riesgo suicida “alto” 27,2 %, haciendo un total de 30,6% de riesgo de ideación suicida, lo cual demuestra un alto porcentaje en relación a los países como Brasil con intento suicida de 3,1%, China con 2,4 %, la India con 1,6%, entre algunos países que podemos mencionar. ^(3,4)

En los últimos cinco años cada 48 horas aproximadamente un boliviano decide quitarse la vida, así lo señalan los informes difundidos por el Ministerio de Salud en coordinación con los reportes de la Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen.^(5,7)

El dato causa temor, miedo y nos es para tomárselo a la ligera, en cinco años se suicidaron 3395 bolivianos, quiere decir que cada dos días un compatriota se suicida. Por si esto fuera poco los que más asumen esta determinación son los paceños, que ocupan el primer lugar con 1139 casos, en segundo lugar está Cochabamba (633 casos), tercero Santa Cruz (572), cuarto Potosí (339), quinto Oruro (398), sexto Chuquisaca (285), séptimo Tarija (185) y octavo Pando ⁽³⁴⁾, Beni (28). El reporte también señala que son los varones los que mayoritariamente se

quitan la vida y siendo las mujeres en una menor cantidad, pero igual de alarmante. (6, 9, 15)

Las causas por las que deciden terminar con sus días en la tierra casi siempre están relacionadas con el fin de una relación amorosa, que normalmente desemboca en una profunda y severa depresión que les reduce la autoestima y creen que la única salida a sus problemas es la muerte, concepto que es conocido como la visión del túnel, en el que la solución es eliminarse. También se halla las decisiones relacionadas a una serie de crisis familiares, problemas económicos, entre otros factores. (8)

No se informa con detalle sobre el método que eligen a la hora de eliminarse, pero las estadísticas señalan que entre los primeros lugares se halla el ahorcamiento y la ingesta de venenos, como el mortal raticida. En el caso de La Paz el aventarse al vacío desde alturas considerables. (12)

Como se ha observado en el presente estudio la desesperanza y la incapacidad para afrontar emociones han sido los factores de riesgo identificados con mayor incidencia para el hecho mismo de que se presente la ideación suicida. (13)

Podemos observar que en comparación con otros países Bolivia, no está al margen de la realidad que se acontece en otros países, la Medicina Legal y/o Forense cada día afronta casos de muertes violentas, ya sean homicidios, suicidios, accidentes, tener bibliografía incorporada en nuestro medio como es el que se ha desarrollado en nuestro medio, no servirá para la implementación de medidas preventivas que pueden ser desarrolladas no solo por el ámbito médico anexo con sus especialidades correspondientes si no también debe prestarse especial atención por el área forense, ya que es la entidad institucional del ministerio público, de determinar la manera, causa de muerte. (17)

La tasa anual de suicidios en Bolivia, ajustada según la edad, es de 12,2 casos por 100 mil habitantes, mayor que el promedio de tasa mundial que es de 11,4, reveló recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe "Prevención del suicidio, un imperativo global" con datos entre 2000 y 2012. (14,15,16,22)

Los datos también indican que son más los varones los que optan por suicidarse (16,2 por cada 100 mil habitantes) que las mujeres (8,5). La tasa más alta por edad en Bolivia se encuentra en el rango de 15 a 29 años, es decir que el suicidio afecta a una población muy joven.^(25,46)

XI CONCLUSIONES:

Antes de entrar en materia es importante señalar que los resultados obtenidos y presentados en el presente trabajo, deben interpretarse como ciertas reservas debido a la naturaleza transversal del estudio, que si bien nos permite obtener una ficha epidemiológica adecuada y asociaciones claras entre la presencia de alto riesgo suicida con las variables de estudio. Sería adecuado realizar un seguimiento prospectivo en esta operación.

El presente estudio tuvo las siguientes conclusiones principales:

CONCLUSION 1

Se describió de manera narrativa, respecto a las características sociodemográficas descritas en presente estudio del grupo etareo los mas propensos son de 20 a 21 años de edad, con predominancia en el sexo femenino, con mayor frecuencia en las facultades de Economía, Facultad de Humanidades y Facultad de Derecho, es similar a los datos que se tiene dentro de la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud)

CONCLUSION 2

En relación al riesgo suicida un 27,2 % se encuentra con riesgo suicida alto, que es similar a los datos que se tiene dentro de la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud)

CONCLUSION 3

Dentro de los factores psicosociales analizados, tenemos que la variable Desesperanza, es uno de los factores que más influye en la decisión de una persona para tomar la trágica decisión del suicidio.

CONCLUSION 4

Dentro de la propuesta del protocolo de autopsia medico legal elaborado en el presente estudio el mismo incluye aspectos de forma y aspectos de organización basados como patrones referencia el protocolo de autopsia medico legal que maneja actualmente el IDIF (Instituto de Investigaciones Forenses) adecuándolo a la búsqueda de factores asociados al riesgo suicida.

En conclusión, nuestros datos se enmarcan dentro de la realidad nacional, sin embargo, tomando en cuenta los estudios de otros países los resultados fueron estadísticamente similares.

X RECOMENDACION

Cabe señalar que este estudio debe de ampliarse aún más a otras instituciones a otras edades, ya que la información obtenida nos servirá para crear medidas preventivas en cuanto al suicidio.

Tener bibliografía incorporada en nuestro medio como es el que se ha desarrollado, nos servirá para la implementación de medidas preventivas que pueden ser desarrolladas no solo por el ámbito médico anexo con sus especialidades correspondientes si no también debe prestarse especial atención por el área forense, ya que es la entidad institucional del ministerio público, de determinar la manera, causa de muerte.

Se considera importante crear campañas de concientización, orientación psicológica a grupos estudiantiles, prevención de la depresión, crear líneas telefónicas de ayuda para este problema que aqueja silenciosamente a la población en general.

No hay una solución uniforme en la prevención del suicidio y el mejor abordaje es un enfoque multidisciplinario, y a la vez desde un plano individual y de salud pública.

Como resultado de la investigación realizada, nace la propuesta de un protocolo de autopsia médico legal, para casos de suicidio, misma que puede ser utilizada por aquellos que así lo necesiten como es el área de medicina forense.

No hay una solución uniforme en la prevención del suicidio y el mejor abordaje es un enfoque multidisciplinario, y a la vez desde un plano individual y de salud pública.

Es significativo determinar la prevalencia y factores de riesgo en esta población y fortalecer la investigación en este campo desde un enfoque interdisciplinario incluido el ámbito Médico Legal y Forense, lo que facilitara la identificación precoz y prevención de la conducta suicida.

XI REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guerrero C. M., Delgado G. F. Clasificación actual del síndrome del niño maltratado Revista Hospital Juárez México 2012; 79(1): 43-47. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2012/ju121h.pdf>
2. Eslava J., el suicidio y los factores indicadores de riesgo, revista de Bogotá, abril del 2007 pagina 12-14. Disponible en: http://www.buscandoanimo.org/Descargas/06_factores_riesgo.pdf en fecha 10 de agosto de 2014
3. Durkheim E., los factores extrasociales, el suicidio y los estados psicopáticos, cap. Primero, pagina 46-50 Disponible en: http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/LYM/los_FESociales.pdf en fecha 22 de septiembre de 2014.
4. Maldonado G., el suicidio, ciudad de puebla. revista de México. 2006. Pagina 1-14 Disponible en: http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/trabaj_suicidio.pdf en fecha 22 de septiembre de 2014.
5. Quinnett P., el suicidio: una decisión para siempre. Mexico, 2009. Disponible en: <https://www.qprinstitute.com/pdfs/FDSpanish.pdf> en fecha 22 de septiembre de 2014.
6. Organización Mundial de la Salud, prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas, 2000, pagina . Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf en fecha 22 de septiembre de 2014.
7. Brooke E., el suicidio y los intentos de suicidio.Mexico, 2012. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_58_\(part1\)_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_58_(part1)_spa.pdf) en fecha 22 de septiembre de 2014

8. Borges G., suicidio y conductas suicidas en Mexico: retrospectiva y situación actual, Mexico, 2010,56-67. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/files/File/2010/Julio%20Agosto/1-suicidio.pdf> en fecha 22 de septiembre de 2014.
9. Soler P., recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales, 3ra edición, suicidio y autolesiones, Mexico. 2012. 12-18. Disponible en: <http://www.suicidioprevencion.com/pdf/RTM3.pdf> en fecha 22 de septiembre de 2014.
10. Barrionuevo J. suicidio e intentos de suicidio, universidad de Buenos Aires. Buenos Aires Argentina, 2012, pag. 12-17 Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/suicidio.pdf en fecha 22 de septiembre de 2014.
11. Autor, Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS, Mexico, N° 2010/02, 64-67. Disponible en: http://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/232/PDF_%20BOURNAUT.pdf?sequence=1
12. Nuñez de Arco Mendoza J. Medicina Legal. 3° edición. EDITORIAL “El original – San José”. La Paz Bolivia. 2014.
13. Di Maio V. Dana S. Manual de patología forense. Editorial Díaz de Santos. Madrid España. 2003.
14. Gisbert Calabuig. Villanueva Cañadas E. Medicina legal y toxicología. 6° Edición. Editorial Elsvier Masson. Barcelona España. 2004.

15. Bonnet, E.F. lecciones de medicina legal cuarta edición. Editorial López Libreros Editoriales S.R.L. Buenos Aires – Argentina. 1984.
16. Patito J.A. Manual de Medicina Legal. 2º edición. Librería Akadia Editorial. Buenos Aires Argentina. 2012.
17. Vargas Alvarado E. Medicina legal. 2º Edición. Editorial Trillas. Costa Rica. 1999.
18. Márquez Delgadillo F. Thanatos investigación médico legal de la muerte violenta. Primera edición. Talleres gráficos Kipus. Cochabamba Bolivia. Marzo 2012.
19. Constitución política del Estado. Año 2008. Gaceta oficial.
20. Ministerio de Justicia. Código penal y procedimiento penal. Año 2014. Decreto supremo Nº 0667. Primera edición. Editorial jurídica Temes.
21. Código del niño, niña y adolescente. Proyecto de ley Nº 0321/2013-2014.
22. García J., Suicidio y psiquiatría, recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida, Madrid 2011.página. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/507/50730702.pdf>
23. Jiménez G., Factores de riesgo, capítulo 3, Madrid 2011, 56-76. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/507/50730702.pdf>
24. Barrionuevo J., Suicidio e intentos de suicidio, Universidad de Buenos Aires Cat. I, Colombia, 2007, 56-76 : Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/507/50730702.pdf>
25. Fernández E., Conducta antisocial en adolescentes: Factores de riesgo y de protección, Universidad Complutense de Madrid, 2010.México, 2010, 4-12 Disponible en: http://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/232/PDF_%20BOURNAUT.pdf?sequence=1

26. Rairez G., Ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, Universidad Nacional Autónoma de México, 2006. Colombia, 2005, 24-34, Disponible en: http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis_nayeli.pdf
27. Hernández D., Problemas más frecuentes en estudiantes de bachillerato, Universidad Autónoma de Yucatán Mérida, 2008. México, 2008, 78-86, Disponible en: <http://posgradofeuady.org.mx/wp-content/uploads/2011/03/Tesis-Daniel-Vazquez.pdf>
28. Maldonado A., El suicidio, México, Intentos de suicidio, México, 2013, 46-56, Disponible en: <http://eprints.ucm.es/12024/1/T28264.pdf>
29. Organización mundial de la salud, El suicidio y los intentos de suicidio, ginebra 1976. Colombia, 2012, 76-84 Disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080070863.PDF>
30. Modai et al, Validación de la escala informatizada de riesgo de suicidio, un instrumento de red neural de retro propagación (CSRS-BP), revista Eur Psychiatry. España. 2002; pagina 9:441-448. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/europeanpsy2002/7/441-448.pdf>
31. Programa nacional de salud integral en la adolescencia, Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes, 2009. Mexico, 2007, 34-45, Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ministerio/adolescencia/2012-intento-suicidio.pdf>
32. Rosales R., Ideación suicida y su relación con variables de identificación personal en estudiantes universitarios mexicanos Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. 13, núm. 2, julio-diciembre, 2011, pp. 9-30, Universidad Intercontinental, México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80220774002.pdf>

33. Serfaty E., suicidio en la adolescencia, sociedad argentina de salud integral del adolescente. Mexico, 2003, 12-25 Disponible en: <http://ral-adolesc.bvs.br/pdf/ral/v1n2/a07v01n2.pdf>
34. Guía de práctica clínica sobre depresión mayor en la infancia y en la adolescencia, el suicidio en la infancia y en la adolescencia, Colombia, 2009, 2-13 disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/documentos/apartado09/apartado09.pdf
35. Mauricio C., Construcción de un Instrumento para la Detección de Factores de Riesgo Suicida en Adolescentes Costarricenses, Mexico, 2007, 12-26, disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis7.pdf>
36. Moya J., La conducta suicida en adolescentes sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil, Mayo de 2007, Argentina, 2008, 23-35 disponible en: <http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Depressio/ConductaSuicida.pdf>
37. Aserrí L. _Prevención de suicidio y conductas Autodestructivas en jóvenes, Colombia, 2012, 24-36, disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/aserrri1.pdf>
38. INE, Censo nacional de población y vivienda 2012. Bolivia, 2012, 78-87, Disponible en: <http://www.eldeber.com.bo/2013/2013-07-31/ResultadosPreliminaresCenso2012.pdf>
39. Zabala, L., Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos, 2012. México, 2013, 12-25, Disponible en: <http://www.alfepsi.org/attachments/article/188/Ideaci%C3%B3n%20suicida%20en%20adolescentes%20cajamarquinos.pdf>
40. Mansilla F., Suicidio y prevención, InterSalud, 2010. Mexico, 2013, 1-16 Disponible en:

<http://www.saludinnova.com/communities/saludmental/docs/download/SuicidioPrevencion.pdf>

41. Tucsca R., Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio, 2003. Mexico, 2012, 12-24, Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80220774002.pdf>
42. Pérez I., et al, factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. Bogota, 2004 – 2006, México. 2008. 34-46. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/documentos/apartado10/grupos_riesgo.pdf
43. Villarroel M., la sociedad, suicidio, periódico digital La Razón, 10 de septiembre de 2013. Mexico, disponible en: http://www.la-razon.com/index.php?url=sociedadBolivia-registra-anos-suicidios-Paz_0_1904209638.html, en fecha 20 de octubre de 2014
44. Oxígeno, estadísticas, suicidios; Bolivia, La Paz 12 de septiembre de 2013, Periodo Digital. Lugar disponible en: <http://www.laveridica.com/que-tristeza-cada-dos-dias-un-boliviano-se-suicida/> en fecha 20 de octubre de 2014
45. Uribe C., suicidio, Bolivia. Año. 34-56. disponible en: http://bolivia.unfpa.org/archivos/modulo_tutorial/2_tema_4_2.pdf, en fecha 20 de octubre de 2014
46. Murillo A., mortalidad por suicidio en la ciudad de La Paz, cuadernos del Hospital de Clínicas, volumen 46, número 2, 2000, La Paz, Bolivia, disponible en: <http://saludpublica.bvsp.org.bo/textocompleto/facmed/chc2000460207.pdf> en fecha 20 de octubre de 2014

ANEXOS

CUESTIONARIO SOCIO – DEMOGRAFICO

Estimado (a) universitario (a):

El cuestionario que a continuación vas a llenar, pretende conocer algunos aspectos de su vida, de lo que sientes o pienses en estos últimos seis meses, trata de contestar con la mayor sinceridad. No debes escribir tu nombre. Tus respuestas **serán confidenciales**. No permitas que **nadie más observe** o te sugieran las respuestas. Agradecemos tu confianza e interés.

NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS, MALAS, CORRECTAS O INCORRECTAS, TODAS SON IMPORTANTES

Sexo:..... **Edad:**.....

Facultad:..... **Año que cursa:**.....

Zona que vive:..... **Trabaja:**.....

Ocupación:..... **Ocupación del:**.....
Adulto a cargo

INVENTARIO ISO -30

Instrucción: Ahora lee cuidadosamente y contesta con sinceridad. Usa un bolígrafo o lápiz, marca con una X la respuesta que consideres mejor a tu situación, si decides cambiar una respuesta lo borras para luego marcar la nueva respuesta. Las opciones de respuesta son:

- **0** = Totalmente en desacuerdo
- **1** = En parte en desacuerdo
- **2** = En parte en acuerdo
- **3** = Totalmente de acuerdo

Ítem	PREGUNTA	RESPUESTAS			
1	Yo debo ser un soñador/a, ya que estoy esperando siempre cosas que no resultan.	0	1	2	3
2	Hay muchas posibilidades para mí de ser feliz en el futuro.	0	1	2	3
3	Generalmente pienso que aún los peores sentimientos desaparecerán.	0	1	2	3
4	Ante un fracaso, confió en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí.	0	1	2	3
5	Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto.	0	1	2	3
6	Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto.	0	1	2	3
7	Mi vida se fue desarrollando mayormente en las direcciones que yo elegí.	0	1	2	3
8	Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo.	0	1	2	3

9	Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor.	0	1	2	3	
10	Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la vida.	0	1	2	3	
11	Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.	0	1	2	3	
12	Cuando pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.	0	1	2	3	
13	Aun cuando estoy enojado/a por algo, puedo forzarme a mí mismo a pensar claramente, si lo necesito.	0	1	2	3	
14	Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.	0	1	2	3	
15	Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución.	0	1	2	3	
16	Cuando veo que alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto.	0	1	2	3	
17	Aun cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar.	0	1	2	3	
18	Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos.	0	1	2	3	
19	Siento como que no pertenezco a ningún lado.	0	1	2	3	
20	Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas.	0	1	2	3	
21	Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad.	0	1	2	3	
22	Siento que tengo control sobre mi vida.	0	1	2	3	
23	Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo.	0	1	2	3	
24	Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer.	0	1	2	3	
25	Para no sentirme mal o solo/a pienso que la solución es morirme.	0	1	2	3	
26	Nadie me amaría si realmente me conociese bien.	0	1	2	3	
27	Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.	0	1	2	3	
28	Nunca sentí que estuviese a punto de hacerme pedazos (quebrarme).	0	1	2	3	
29	Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar.	0	1	2	3	
30	Si las cosas empeoran, creo que me mataría.	0	1	2	3	

***Si tienes algún comentario o sugerencia puedes anotarlo en este espacio:**

AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

Nombre del Proyecto: DETERMINACION DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO SUICIDA EN UNIVERSITARIOS DE 18 A 24 AÑOS DE EDAD, DE LA UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES, MUNICIPIO DE LA PAZ, BOLIVIA, JULIO – SEPTIEMBRE, GESTION 2014

Nombre del Investigador: Dr. Javier Mamani Acarapi

Nombre del Tutor de la Investigación: Dr. Jorge Salazar

Cuando se realiza una investigación en una Universidad, para la participación de los estudiantes. El Rector de la universidad o Decano de la Facultad necesita una adecuada información para decidir sobre su cooperación sobre el proyecto. Con el fin de invitarle a la Institución Universitaria a participar en la presente investigación y obtener su autorización y consentimiento informado, se solicita leer atentamente el siguiente documento:

- A. PROPOSITO DEL PROYECTO:** Los estudiantes universitarios participaran en una investigación que se realizara como Tesis de Graduación en la Maestría en Medicina Forense de la Universidad Mayor de San Andrés, con la misma se pretende encontrar la Determinación de los factores asociados al riesgo suicida en universitarios de 18 a 24 años de edad, de la Universidad Mayor de San Andrés, municipio de La Paz, Bolivia, julio – septiembre, gestión 2014.
- B. PROCEDIMIENTO:** Si la Universidad acepta participar en este proyecto, se solicitara a los estudiantes universitarios de la misma a llenar el instrumento del estudio, el cual consta de un registro de datos socio – demográficos y el test denominado “inventario ISO - 30”.
- C. RIESGOS:** Se espera que la participación de los estudiantes, en este estudio no conlleve ningún riesgo para su integridad física, psicológica o moral, ni costo económico alguno. Puede significarle alguna molestia o incomodidad, en el sentido de que implica referirse a su vida privada, sin embargo, cualquier inconveniente al respecto puede expresarlo libremente y recibirá la ayuda necesaria por parte del profesional que aplicara la encuesta, si es requerido por los estudiantes.
- D. BENEFICIOS:** Como resultado de la participación de este estudio, los estudiantes no obtendrán ningún beneficio directo, sin embargo es posible que los resultados que surjan de la investigación beneficie a otras personas y ayude a incrementar el conocimiento de la **Universidad Mayor de San Andrés**, profesionales y de la sociedad sobre los factores de riesgo de las y los estudiantes universitarios en cuanto a conductas autodestructivas. Por la participación no se recibirá ninguna retribución económica.
- E.** Puede conversar con el profesional que aplica el test para contestar cualquier interrogante sobre este estudio. Si se requiriera más información luego, puede obtenerla llamando al Dr. Javier Mamani Acarapi, al teléfono número de celular: 71260258 o al E-mail: javdarcolmed@hotmail.com

- F. La participación de las Facultades y Estudiantes Universitarios de la Universidad Mayor de San Andrés, en este estudio es voluntaria. Ambos tienen el derecho de negativa a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento.

- G. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en un documento llamado Tesis de Grado, en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima. La privacidad en ningún momento se podrá ver comprometida puesto que los instrumentos son anónimos y las únicas personas con acceso a la información serán quienes realizaran la investigación.

- H. No se perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO

La Facultad, de la **Universidad Mayor de San Andrés**. He leído toda la información descrita en este documento, antes de firmarla.

Quedo clara la información que se necesitaba saber acerca de la participación de los estudiantes universitarios de esta institución, en la presente investigación.

Por lo tanto, se acepta que los estudiantes participen voluntariamente como sujetos de investigación en el proyecto que lleva por título: **Determinación de los factores asociados al riesgo suicida en universitarios de 18 a 24 años de edad, de la Universidad Mayor de San Andrés, municipio de La Paz, Bolivia, julio – septiembre, gestión 2014**, pues se ha informado que los estudiantes son libres de decidir a participar en el estudio y que pueden retirarse voluntariamente en cualquier momento, me queda claro que mi firma no complica consecuencias legales adversas para mí, los estudiantes y la institución.

Decano de la Facultad

Firma

Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Proyecto: DETERMINACION DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO SUICIDA EN UNIVERSITARIOS DE 18 A 24 AÑOS DE EDAD, DE LA UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES, MUNICIPIO DE LA PAZ, BOLIVIA, JULIO – SEPTIEMBRE, GESTION 2014

Nombre del Investigador: Dr. Javier Mamani Acarapi

Nombre del Tutor de la Investigación: Dr. Jorge Salazar

- A. PROPOSITO DEL PROYECTO:** A continuación participaras de una investigación llenando un cuestionario que detecta los posibles factores que pueden conducir los adolescentes a tener conductas autodestructivas.
- B. PROCEDIMIENTO:** Si aceptas participar en este estudio, se le solicitara llenar el instrumento del estudio, el cual consta de un registro de datos socio – demográficos y el test denominado “inventario ISO - 30”.
- C. RIESGOS:** Con tu participación en este estudio no se espera que tengas ningún riesgo. Puede significarte alguna molestia o incomodidad, en el sentido de que implica referirte a ti y a tu vida privada. Si quieres comentar algo sobre o que contestaste al llenar los test o si quieres solicitar algún tipo de ayuda puedes hacerlo con el profesional que realiza la investigación, los instrumentos son anónimos y nada más que el personal que realiza y participa en el estudio tendrá acceso a esta información.
- D. BENEFICIOS:** Con tu participación en este estudio no recibirás ningún pago o beneficio directo, pero si ayudarás a beneficiar a otras personas especialmente a otros jóvenes como vos ya que se busca obtener información estadística y tener un instrumento para detectar cuáles son los factores asociados a aspectos autodestructivos.

ASENTIMIENTO

He leído toda la información descrita en este formulario antes de firmarla mi participación en este estudio es voluntaria. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y que sean contestadas en forma adecuada. Por lo tanto accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

----- Nombre del participante	----- C.I.	----- Firma	----- Fecha
<u>Dr. Javier Mamani A</u> Nombre del profesional	<u>4889593 L.P.</u> C.I.	----- Firma	----- Fecha

PROPUESTA DE PROTOCOLO DE
AUTOPSIA
PARA CASOS DE SUICIDIO

PROPUESTA DE PROTOCOLO DE AUTOPSIA EN CASO DE SUICIDIO

Definición

La autopsia médico-legal es el conjunto de actos científico-técnicos que contribuyen a la investigación judicial de los procedimientos incoados a consecuencia de: muertes violentas o sospechosas de criminalidad, muertes en las que no se ha expedido el certificado de defunción o aquellas en las que se reclame una responsabilidad profesional sanitaria.

Objetivos

La autopsia médico-legal tiene como objetivos básicos los siguientes:

- Establecer la identidad del fallecido si hay dudas.
- Determinar la causa y circunstancias de la muerte.
- Data de la muerte.
- Establecer la etiología médico-legal.
- Establecer patologías asociadas
- Establecer mecanismo de muerte
- Colectar muestras y evidencias
- Certificar el fallecimiento
- Elaborar el Protocolo de autopsia

Etiología

Muerte violenta

- Homicidio
- Suicidio
- Accidente

Procedimiento:

- Para realizar toda autopsia medico legal, es imprescindible contar con el requerimiento fiscal u orden judicial.
- Debe ser llevada a cabo en las morgues judiciales o de los servicios estatales de salud.
- En los casos de necropsia se lo efectuara en los cementerios locales
- Para el desarrollo técnico de la autopsia, se seguirá los pasos correspondientes que se detallan a continuación:

PROPUESTA DE PROTOCOLO DE AUTOPSIA EN CASO DE SUICIDO

I. INTRODUCCION Y PRESENTACION

El suscrito Médico Forense del Instituto de:

Que, dando cumplimiento a requerimiento de..... se ha realizado la AUTOPSIA:

Lugar del procedimiento Tanatologico-Autopsia:

.....

Fecha y Hora del procedimiento Tanatologico-Autopsia:

.....

II. ANTECEDENTES REPORTADOS POR EL INVESTIGADOR

III. EXAMEN FISICO GENERAL

IDENTIFICACION DEL CADAVER.

Nombre y apellidos:

Edad: Años

Sexo:

Documento de identificación:

EXAMEN BIO SOMATICO ANTROPOLOGICO

DESCRIPCION DE VESTIMENTA

Descripción de prendas de Vestir.-

IV. TOMA DE MUESTRAS

MUESTRAS.- Previo a realizar el abordaje del estudio tanatologico del cadáver se procede a coleccionar muestras de

CONTENIDO GASTRICO	
ORINA	
VITREO	
CABELLO	

V. EXAMEN TANATOLOGICO

DATOS TANATOLOGICOS EXTERNOS

Al momento de realizar el abordaje del estudio tanatológico del cadáver el mismo se encuentra con (se describe todos los signos de los fenómenos cadavéricos)

VI. EXAMEN TRAUMATOLÓGICO POR REGIONES.

A la inspección:

Cabeza

Cuello

Cara:

Ojos:

Orejas:

Nariz:-

Fosas nasales:

Boca:

Labios:

Lengua:

Dientes.-

Maxilar inferior.-

Cuello:

Tórax: anterior.-

Tórax: posterior.-

Abdomen:

Genitales:

Región lumbar.-

Glúteos.-

Ano.-

Extremidades Superiores.- derecho.- (Brazo, antebrazo, mano)

Extremidades Superiores.- Izquierdo.- (Brazo, antebrazo, mano)

Extremidades Inferiores.- derecho.-

Extremidades Inferiores.- Izquierdo.-

VII. EXAMEN INTERNO

CABEZA:

MENINGES:

CEREBRO:

TIENDA DEL CEREBELO.-

CEREBELO:

BASE DEL CRANEO

CUELLO:

TÓRAX:

CAVIDAD TORACICA:

PULMONES:

PERICARDIO:

CORAZÓN:

COLUMNA VERTEBRAL.-.

DIAFRAGMA.-

ABDOMEN:

PARED ABDOMINAL:

ESTOMAGO:

BAZO:

HÍGADO:

PANCREAS

VESÍCULA BILIAR:

CAVIDAD PERITONEAL:

INTESTINO DELGADO:

INTESTINO GRUESO:

RIÑONES:

GLANDULAS SUPRARRENALES.

VEJIGA:

UTERO:

VIII. ANALISIS MEDICO LEGAL

IX. CONCLUSIONES.-

CAUSA DE LA MUERTE:

1. CAUSA DIRECTA
2. CAUSA INTERMEDIA
3. CAUSA BASICA

CONCAUSAS

- a)
- b)

*** ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:**

Firma y sello