

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN Y  
TECNOLOGÍA MÉDICA  
UNIDAD DE POSTGRADO**



**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL  
RIESGO SUICIDA EN ESTUDIANTES  
ADOLESCENTES DEL MUNICIPIO DE LA PAZ,  
BOLIVIA, EN EL TERCER TRIMESTRE DE 2013**

**POSTULANTE: Dr. FELIX ENRIQUE GARCÍA ROJAS**

**TUTOR: Dr. FERNANDO VALLE ROJAS**

**TESIS DE GRADO PRESENTADA PARA OPTAR EL  
TÍTULO DE MAGISTER SCIENTIARUM EN MEDICINA  
FORENSE**

**LA PAZ – BOLIVIA  
2013**

---

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL  
RIESGO SUICIDA EN ESTUDIANTES  
ADOLESCENTES DEL MUNICIPIO DE LA PAZ,  
BOLIVIA, EN EL TERCER TRIMESTRE DE 2013**

---

## DEDICATORIA

---

A Dios todopoderoso, por guiarme, darme fortaleza y perseverancia para conseguir todas mis metas personales y profesionales.

A mis padres Miguelina y Hernán († in memoriam), a mi hermana Mirna.

A mi esposa Lizeth Reyna, por ser la luz de mi vida.

---

## **AGRADECIMIENTOS**

---

El agradecimiento es parte principal de un hombre de bien por lo que agradezco

a:

A mi tutor por su confianza, sus ideas, su colaboración y empeño en sacar adelante este proyecto.

A nuestra Universidad Mayor de San Andrés, por haberme enseñado y formado en mi carrera profesional.

A todos los docentes de la Maestría de Medicina Forense, cuyos conocimientos fueron útiles para la generación de este trabajo.

A todas las Instituciones Educativas, quienes confiaron y abrieron sus puertas para desarrollar la investigación.

A todos los participantes que contestaron pacientemente y de forma desinteresada los cuestionarios, que hicieron factible este trabajo.

A los profesionales del tribunal de revisión y defensa de tesis.

---

---

## COMENTARIOS DE ADOLESCENTES

“...tengo a dos personas de mi familia que murieron mi padre y mi hermano, los dos lo hicieron de borrachos. Ahí vi que lo que hicieron estaba mal ya que no pensaron que dejarían solas a mi madre, a mis hermanos y a mí. Como tenía yo una presión en mi familia y amigos pensé que era mejor morir, que ahí se iba acabar todo, intente pero nunca pude hacerlo, bueno creo que me faltan cosas que hacer en esta vida”.

“...en mi familia algunas veces tengo problemas con mi papá, es que solamente me echa la culpa de todo a mí, reconozco que algunas veces yo fui la culpable. Pero es que hay días que me siento frustrada, creo que no tengo control de mí porque alguna vez he pensado en matarme, la verdad. Necesito ayuda y lo reconozco, quiero ayuda pero no sé dónde encontrarlo”.

“Yo tengo muchos problemas no sé cómo resolverlas tengo muchas ganas de desaparecer, ya no puedo soy un estorbo en mi familia yo creo que si desaparezco les quito un peso de encima, yo no soy feliz siempre tengo ganas de pelear tengo un corto camino”.

“Quiero agradecer al tutor y al investigador de este cuestionario por habernos dado la oportunidad de expresar lo que sentimos, por lo menos alguien nos preguntan lo que sentimos”.

---

## **INDICE GENERAL**

	<b>Pág.</b>
<b>DEDICATORIA</b>	iii
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	iv
<b>COMENTARIOS DE ADOLESCENTES</b>	v
<b>INDICE GENERAL</b>	vi
<b>INDICE DE TABLAS</b>	ix
<b>INDICE DE FIGURAS</b>	x
<b>RESUMEN</b>	1
<b>ABSTRACT</b>	2
<b>CAPITULO I – DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA</b>	3
1.1. INTRODUCCIÓN	4
1.2. JUSTIFICACIÓN	7
1.3. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	11
<b>CAPITULO II – PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	16
2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
2.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
2.3. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS	19
2.3.1. Hipótesis alterna	19
2.3.2. Hipótesis nula	19
2.4. OBJETIVOS	20
2.4.1. Objetivo General	20
2.4.2. Objetivos Específicos	20
<b>CAPITULO III – MARCO TEÓRICO</b>	21
3.1. CONSIDERACIONES GENERALES	22
3.2. EL SUICIDIO	24
3.2.1. Dimensión Histórica	24
3.2.2. Suicidio: Conceptualización	26
3.2.3. Aclarando algunas definiciones	28
3.2.4. Datos provenientes de la Epidemiología	32
3.2.5. Clasificación del Suicidio	36
3.2.6. El proceso Suicida	38
3.2.7. La Ideación Suicida	39
3.2.7.1. La Ideación Suicida en los Adolescentes	41
3.2.7.2. Factores psicosociales relacionados a la Ideación Suicida	42

---

---

3.2.8. Mitos e Ideas erróneas sobre el Suicidio	43
<b>3.3. LA ADOLESCENCIA</b>	<b>45</b>
3.3.1. Aspectos generales	45
3.3.2. Conceptos de Adolescencia	46
3.3.3. Clasificación de la Adolescencia	47
3.3.4. Características generales de la Adolescencia	50
3.3.5. La salud integral del Adolescente	51
<b>3.4. CONDUCTA O COMPORTAMIENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES</b>	<b>53</b>
3.4.1. Manifestaciones del comportamiento Suicida	54
3.4.2. Factores de la conducta Suicida	57
3.4.3. Etapas de la conducta Suicida	57
3.4.4. Clasificación de la conducta Suicida	57
3.4.5. Las señales directas de la conducta Suicida	58
3.4.6. Las señales indirectas y predictoras de la conducta Suicida	59
<b>3.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA</b>	<b>59</b>
3.5.1. Factores bioquímicos del Suicidio	60
3.5.2. Clasificación y/o División de los factores de riesgo	61
3.5.3. Descripción de algunos factores de riesgo	65
<b>3.6. RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA PREVENCIÓN</b>	<b>67</b>
<b>CAPITULO IV – DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>71</b>
4.1. TIPO DE ESTUDIO	72
4.2. POBLACIÓN Y LUGAR	72
4.3. MUESTRA	73
4.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN	74
4.4.1. Criterios de Inclusión	74
4.4.2. Criterios de Exclusión	74
4.5. VARIABLES	75
4.5.1. Variable Dependiente	75
4.5.2. Variables Independientes	75
4.6. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	75
4.7. COLECCIÓN Y REVISIÓN DE DATOS	77
4.8. PLAN DE ANÁLISIS	78
4.9. ASPECTOS ÉTICOS	80
<b>CAPITULO V – RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>81</b>
5.1. RESULTADOS	82
5.2. DISCUSIONES	92
<b>CAPITULO VI – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>95</b>
6.1. CONCLUSIONES	96
6.2. RECOMENDACIONES	98

---

---

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	101
<b>ANEXOS</b>	106
A. Cuestionario socio-demográfico e Inventario de orientaciones Suicidas en Adolescentes (ISO – 30)	107
B. Formato utilizado en la Autorización del Consentimiento Informado de la Unidad Educativa	109
C. Formato utilizado para el Asentimiento Informado para el Adolescente	111
D. Consentimientos de las Unidades Educativas	112



---

## **INDICE DE TABLAS**

<b>NRO.</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>PÁG.</b>
1	Antecedentes de investigación sobre ideación e intento de suicidio en adolescentes	14
2	Mitos e Ideas sobre el Suicidio	44
3	Resultados obtenidos del cálculo de muestra en Epi-Info	73
4	Variables socio-demográficas (independientes) y relación de estas con el tipo de riesgo suicida, de los estudiantes del municipio de La Paz, tercer trimestre de 2013	83
5	Análisis univariado en adolescentes que presentan alto riesgo suicida Vs. variables independientes en el municipio de La Paz, tercer trimestre de 2013	92

---

## **INDICE DE FIGURAS**

<b>NRO.</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>PÁG.</b>
1	Prevalencia del riesgo suicida según resultado final	85
2	Prevalencia de riesgo suicida según ítemes críticos	86
3	Distribución porcentual de la población estudiada según la variable Desesperanza	86
4	Distribución porcentual de la población estudiada según la variable Baja Autoestima	87
5	Distribución porcentual de la población estudiada según la variable Incapacidad para afrontar Emociones	87
6	Distribución porcentual de la población estudiada según la variable Soledad y Abatimiento	88
7	Distribución porcentual de la población estudiada según la variable Ideación Suicida	88
8	Comparación del género y el tipo de riesgo suicida	89
9	Comparación de la Unidad Educativa y el tipo de Riesgo Suicida	90
10	Comparación de la Ocupación del estudiante y el tipo de Riesgo Suicida	91

---

## **RESUMEN**

El suicidio es la tercera manera de muerte en la adolescencia. Se estima que por cada adolescente que se suicida se producen entre 15 a 20 intentos no mortales. La conducta suicida en esta población aumentó casi un 100% durante las últimas tres décadas, convirtiéndose en una de la emergencias más frecuentes.

El propósito de la presente investigación fue identificar la prevalencia y factores asociados al riesgo suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de La Paz, Bolivia, en el tercer trimestre de 2013. El estudio es de tipo descriptivo, analítico y transversal. Se administró una encuesta estructurada de administración directa para identificar características sociodemográficas y el Inventario de Orientación Suicida – ISO-30 (King & Kowalchuk, 1994). Se trata de un instrumento de tamizaje, que consta de 30 ítemes que detecta la posible presencia de riesgo suicida. Administrado a adolescentes de secundaria, de ambos sexos, estudiantes de 14 Unidades Educativas entre pública y privadas.

Participaron 1110 adolescentes de 12 a 18 años ( $X=15,8$  años;  $DE = 1,29$ ), el 50,5% de colegios públicos y el 49,5% de colegios privados, con un promedio de 79,28 encuestas. Se obtuvo una prevalencia total, que un 43,7% presenta algún riesgo de ideación suicida y un 16,1% presenta alguna ideación suicida, siendo el más alto respecto a países vecinos. Algunos factores asociados al riesgo suicida fueron: el género ( $OR=1,45$ ;  $p=0,002$ ), la edad ( $OR=1,30$ ;  $p=0,039$ ), tipo de colegio ( $OR=1,46$ ;  $p=0,001$ ), actividad laboral del estudiante ( $OR=0,56$ ;  $p=0,007$ ) y la ocupación del tutor o adulto a cargo ( $OR=0,57$ ;  $p=0,002$ ), que no difieren, en general, de las mencionadas en la bibliografía.

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 Ciencias Forenses), lo que facilitará la identificación precoz y prevención de la conducta suicida.

**Palabras Claves:** Riesgo suicida, ideación suicida, adolescencia, factores de riesgo

---

---

## **ABSTRACT**

Suicide is the third cause of death in the adolescence. It was estimated that for each adolescent that commits suicide there are between fifteen and twenty non fatal attempts. Suicidal behavior has increased a hundred percent over the last three decades, it is one of the most frequent emergencies.

The aim of the study was to identify the prevalence of and factors associated with suicide risk in adolescents students in the city of La Paz, Bolivian, in the third quarter of 2013. This is a descriptive, analytic and transversal study. Information was collected by doing personal interviews to identify sociodemographical characteristics and the Inventory of Suicide Orientación – ISO-30 (Kiny & Kowalchuk, 1994), are presented. It is a 30 items screening scale, useful to detect possible suicidal risk. It was applied to an intentional simple composed of adolescents of secondary, of both sexes, students from 14 educational units between public and private.

Participants 1110 adolescents, with ages ranging from 12 to 18 years old ( $X=15,8$  años;  $DE = 1,29$ ), 50.5 % of public schools and private schools 49.5%, with an average of 79.28 polls. Total prevalence was that 43.7% presented some risk of suicidal ideation and 16.1 % have suicidal ideation, with the highest regard to neighboring countries. Some risk factors associated with suicidal risk were: gender ( $OR=1.45$ ,  $p=0.002$ ), age ( $OR=1.30$ ,  $p=0.039$ ), type of school ( $OR=1.46$ ,  $p=0.001$ ), student work activity ( $OR=0.56$ ,  $p=0.007$ ) and occupation of the guardian or responsible adult ( $OR=0.57$ ,  $p=0.002$ ), which generally differ from those mentioned in the literature .

It is significant to determine risk factors in this population and strengthen the investigation in this field, from an interdisciplinary focus (including in the field of Legal Medicine and Forensic Sciences), which will facilitate an early detection and prevention of suicidal contact.

**Key Words:** Suicidal risk, suicidal ideation, adolescent, risk factors.

---

## **CAPÍTULO I**

---

### **INTRODUCCIÓN**

---

---

## 1.1. INTRODUCCIÓN.

El suicidio<sup>1</sup>, tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma de la humanidad y sus características varían de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica del contexto, como fenómeno individual se ha conocido en todas las sociedades a través de la historia humana (Nizama, 2011). Las referencias históricas apuntan a indicar que el término “suicidio” fue acuñado por Browne (1642) en su tratado *Religio medici*.

El suicidio es tal vez el fenómeno que mejor descubre el sufrimiento del alma colectiva, aunque es observado y considerado un hecho aislado porque ofende el apego humano a la vida. Siendo un problema dominante de salud pública, por lo que su estudio y enfrentamiento corresponde también a las ciencias de la salud (Tamayo, 2000), más en la práctica médico legal aún emergente en nuestro país.

Los motivos finales son múltiples (motivos religiosos, limitación social, desesperanza, trastornos psiquiátrico, falta de recursos económicos, forma fallida de llamar la atención, etc.), el suicidio tiene cualidades pluridimensionales y una etiopatogenia multifactorial; por ello en el acto suicida, se deben considerar factores genéticos, neurobiológicos, psicopatológicos, de interacción familiar y de stress psicosocial. Es decir, que es una acción multideterminada por diversos factores, que al conjugarse se potencian (Vargas, Mejía, 2004).

El suicidio es una de las acciones voluntarias más difíciles de explicar ya que es una conducta que va en contra de la propia existencia. La tasa global de suicidios ha sufrido un aumento importante en las últimas décadas, no sólo en los países desarrollados sino a nivel mundial (Ayala, Martí, Rodes, 2005), y Bolivia no es la excepción.

La adolescencia es una etapa trascendental y crítica para el desarrollo humano, debido a la serie de cambios fisiológicos y psicológicos, e interpersonales que conlleva. Dichos cambios hacen al adolescente vulnerable, pues surge una crisis

---

<sup>1</sup>Suicidio: Etimológicamente proviene del Latín “*sui*” de sí mismo y “*caedere*” matar. Diccionario de la Real Academia Española)

---

de identidad que los enfrenta a sí mismos, a las demandas familiares, y de la sociedad, produciéndoles gran ansiedad, rabia y confusión. Sentimientos que en ocasiones, el adolescente no puede afrontar, debido a diferentes factores, entre ellos, sus características de personalidad, el estrés cotidiano y la ausencia de redes de apoyo sociales y familiares. Dichos factores favorecen la presencia de malestar emocional en el adolescente, el cual puede desembocar en conductas de riesgo, como son: consumo de drogas e intento de suicidio, que comprometen su integridad física y psicológica (Alcántar, M. 2002).

Según datos de la OMS<sup>2</sup> en el mundo, el año 2000 aproximadamente 1.000.000 de personas se quitaron la vida, un caso cada 40 segundos, con una tasa de mortalidad global de 16/100.000 habitantes, en los últimos 45 años, las tasas de suicidio se han incrementado en un 60%. Lo anterior sin mencionar que las estadísticas hablan de que por cada muerte por suicidio se realizan de 10 a 20 intentos de autoeliminación (OPS<sup>3</sup>, 2005).

La problemática, suicidio toma especial valor cuando observamos impresionantes datos del aumento exponencial de la muerte por suicidio e intentos suicidas en la población adolescente y adulta joven a nivel mundial, llegando a estar el suicidio entre la segunda a tercera causa de muerte entre los 15 y 24 años (OMS, 2004).

En los primeros años del siglo XXI, más de cinco millones de personas en el mundo tomaron la decisión de acabar con sus vidas a través del suicidio, y estimaciones cifran en más de un millón y medio el número de individuos que podrían cometer suicidio o morir en el intento en el año 2020. (OMS, 2006).

El Ministerio de Salud y Deportes tiene datos de 3,495 suicidios en el territorio nacional desde 2005 hasta 2008, de acuerdo a esta institución la sede de Gobierno tuvo al menos 1,139 muertes. La doctora Georgina Romero, psicóloga de la Fundación “Evitemos los suicidios”, de acuerdo a los estudios y atención de

---

<sup>2</sup>OMS, Organización Mundial de la Salud.

<sup>3</sup>OPS, Organización Panamericana de la Salud.

---

---

casos que realiza, sostuvo que en las ciudades de La Paz y El Alto, se registra más de un caso de suicidio por día, los cuales en su mayoría no se hacen públicos porque familiares de las víctimas piden la mayor reserva de los hechos. Para la profesional esta es una cifra preocupante que superó a la pasada gestión (matutino El Diario, Julio de 2008).

Según Mondragón y otros (1998), el suicidio se puede dividir en tres categorías: suicidio consumado, intento suicida e IDEACIÓN SUICIDA, siendo esta última poco estudiada, pero es un importante predictor del intento suicida. Además hay investigación que demuestra que la ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno, relacionado con la desesperanza y la depresión, al igual que con el consumo de drogas o alcohol.

Con frecuencia el suicidio es prevenible. En general, los signos de alarma estarán presentes y es preciso tomar en serio a las personas que hablan de quitarse la vida. La mayor parte de las personas que cometen suicidio por diversas patologías, el tratamiento de estas puede contribuir a reducir el número de muertes por esta causa. El problema no sólo afecta a la víctima, sino también a toda su estructura social: familia, amigos y conocidos (Nizama, 2011).

“Es importante reconocer que el suicidio se puede evitar”, dice el Profesor Mehlum, “y que el hecho de tener acceso a los medios necesarios para suicidarse es tanto un factor de riesgo relevante como un determinante del suicidio”.

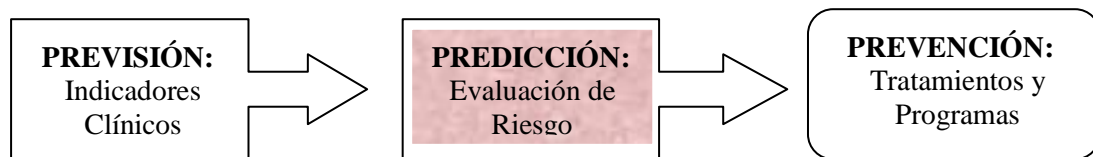
En este contexto y motivado por una sensibilización con respecto a la temática adolescente (grupo etario tan vulnerable), es que el presente estudio pretende realizar un diagnóstico de la situación actual es esta problemática de salud pública en nuestro municipio, registrando e identificando la prevalencia y algunos factores asociados a la ideación suicida en esta franja etaria. Además el estudio arrojará conocimientos e información útil para que padres, familiares, maestros y personal de salud estén ubicados en el contexto en donde nos encontramos respecto a esta temática y se pueda tomar medidas de prevención según las

---



posibilidades de alcance de cada uno de estos integrantes de la problemática. Así mismo, el hecho de brindar ayuda por medio de un cuestionario llenado por los estudiantes adolescentes, que puedan detectar el posible riesgo, se convierte en el instrumento fundamental del proyecto.

A modo de introducción del planteo del estudio a desarrollar nos vamos a identificar en la siguiente postulación: SI NO HAY PREDICTIBILIDAD NO PUEDE HABER PREVENCIÓN, la prevención está basada sobre previsión. Entonces:



Por lo tanto el suicidio es previsible y prevenible, por lo tanto el riesgo suicida que puede llevar a la muerte por suicidio consumado, son evitables.

## 1.2. JUSTIFICACIÓN.

El suicidio y los intentos de suicidio son fenómenos que han acompañado el devenir de la humanidad desde tiempos remotos y que han sido abordados y estudiados desde diferentes perspectivas. La religión, la ética, la antropología, la filosofía, la sociología, la psicología y la medicina han abordado su estudio desde sus enfoques particulares, y tal vez ha sido la religión, en la sociedad occidental, la que ha tenido un peso mayor en la conceptualización del acto suicida hasta bien avanzado el siglo XX (Mardomingo, 1997).

Los datos que se conocen sobre intentos de autoeliminación representan solamente, la punta del iceberg, 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 el 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 (Guevara, V. 2004).

A pesar de que no se cuenta con estadísticas precisas referentes al intento suicida, algunos estudios sugieren que por cada suicidio se presentan hasta diez intentos fallidos, y se ha reportado que hasta un 60% de los sujetos que lo consuman tienen una historia de intentos fallidos previos (Jiménez y Díaz Ceballos, 1995).

La adolescencia es una etapa de cambios significativos tanto físicos como psicológicos, lo que convierte a los jóvenes en tales edades en un grupo de alto riesgo. El ser adolescente hoy día produce en los jóvenes la necesidad de enfrentarse a dificultades muy diversas siendo en la actualidad el suicidio una de las principales causas de muerte (Monje, Cubillas, Román, Abril, 2007).

En la Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)<sup>4</sup> en Diciembre de 2004, se exponen las conclusiones del Forum para la Prevención del Suicidio realizado en el mismo año; este hace alusión a la importancia del problema y de realizar estudios apropiados a nivel de cada región, ya que son pocos los estudios realizados de forma aleatorizada y con controles adecuados y que el 85% de los suicidios mundiales tienen lugar en los países con nivel económico bajo e intermedio al mismo tiempo que menos del 10% de los estudios provienen de estas regiones por la escasez de recursos económicos, el tabú existente y la falta de voluntad política al respecto.

La OMS, por su parte reconoce la importancia de los factores socioculturales y actualmente promueve el estudio SUPRE-MISS<sup>5</sup>, en los cinco continentes, en el que se incluye la comparación de diversos indicadores socioculturales estandarizados, una intervención clínica sobre las personas con IAE<sup>6</sup>, un estudio sobre la ideación y comportamientos suicidas en la comunidad, además de la investigación biológica. En varios países como Estados Unidos, México, Uruguay, Argentina, España, etc., a través de grupos organizados como

---

<sup>4</sup>WPA, World Psychiatry Association.

<sup>5</sup>SUPRE-MISS, Suicide Prevention Multisite Intervention Study on Suicide

<sup>6</sup>IAE, Intento de autoeliminación

---

---

asociaciones para el estudio y la prevención del suicidio, se ha iniciado la realización de estudios y de estrategias preventivas, tomando en cuenta factores de riesgo que se consideran fijos (sexo, edad, raza, orientación sexual, IAE previos) y los potencialmente modificables (acceso a medios, trastornos mentales, enfermedades médicas, aislamiento social, estado civil, situación laboral, ansiedad, desesperanza, insatisfacción vital) (Campos, R. 2009).

Así mismo, se han visualizado componentes comunes de los programas de prevención de suicidios entre los que destacan: 1. Programas aplicados en los colegios (detección directa e indirecta de casos). 2. Mejora en la forma de presentar el suicidio en los medios de comunicación. 3. Potenciación en el acceso a los servicios de Salud Mental. 4. Ampliación de redes sociales y apoyo en grupos de alto riesgo. 5. Implementación de campañas de promoción de la salud centradas en la prevención de suicidio. 6. Aplicación de programas comunitarios de detección. 7. Ampliación de servicios de apoyo para situaciones de crisis. 8. Sistemas de vigilancia y de investigación en suicidio. Todas estas estrategias son esperanzadoras pero se encuentra aún en etapas de implementación y evaluación (WPA. Forum Prevención de Suicidio en el Mundo, 2004).

Aun así, pese a esta tendencia, se ha notado un incremento de este fenómeno en la niñez y adolescencia (Larraguiebel, Gonzales, Martínez & Valenzuela, 2000). A partir de este hecho, ha comenzado a considerarse a la conducta suicida en estas etapas del desarrollo, como un problema de salud pública debido a la alta demanda de recursos profesionales y financieros que representa para los sistemas de salud (Cruz, Roa, Sepúlveda, 2005), aparece así la necesidad de otorgarle mayor importancia a los sucesos que envuelven las conductas de riesgo suicida en adolescentes, iniciando indagaciones que abarquen más a fondo este tipo de comportamientos y que tengan en cuenta que no da lugar el hecho de ocultarlos sino que por el contrario, darlos a conocer implica apropiarse del verdadero conflicto y así empezar a generar soluciones.

---

---

A partir de todos los conceptos abordados anteriormente, se puede señalar que las cifras con las que cuenta Bolivia y, especialmente, en la capital sede de gobierno, sobre los actos suicidas se encuentran en constante aumento, sin embargo, un aspecto aun más preocupante es el incremento que en los últimos años ha tenido el suicidio en adolescentes teniendo referencia lo aseverado en el estudio realizado por Vargas & Mejía en 2004, quienes concluyen que del total de intentos de suicidios que se registran en el hospital de Clínicas de nuestra ciudad, el 28,46% corresponden a una franja etaria entre 15 a 19 años, siendo este el segundo, después de la franja de 20 a 24 años.

Realizando una exhaustiva revisión bibliográfica la temática del suicidio ha sido ampliamente estudiada desde diferentes perspectivas. En lo que se refiere al ámbito de la ideación suicida hay una variada información, pero esta disminuye cuando nos referimos a la población adolescente y es casi nula la producción de conocimiento en esta problemática en nuestro medio a excepción de una realizada en la ciudad de Tarija. La ideación suicida previa es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio, y ha sido mucho menos estudiada que el intento suicida y el suicidio consumado (González, Berenzon, Tello, Facio, & Medina, 1998)

Esta propuesta de investigación considera de vital importancia obtener datos actualizados sobre esta temática, en la población adolescente 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, al tipo de institución educativa en el que desarrollan sus actividades, si tienen alguna otra actividad laboral aparte de su condición de estudiante, el tipo de trabajo de los padres o tutores a cargo, entre otros.

Por otra parte, esta investigación posee una relevancia importante y variada, ya que identificará y cuantificará al grado de presencia de algunos factores de riesgo (Baja autoestima, Desesperanza, Afrontamiento o Incapacidad para

---

---

afrontar emociones, Soledad y abatimiento e Ideación suicida), referente a los aspectos relacionados al riesgo suicida en adolescentes de nuestro medio.

Desde esta perspectiva, la presente investigación se hace importante para la “Medicina Legal y Forense”, en tanto que intenta comprender y adoptar una mirada más amplia del fenómeno, para lograr abarcar factores que influyen en esta conducta y finalmente con este conocimiento, incidir en los mismos, para intentar la implementación de medidas destinadas a la prevención de suicidios en adolescentes, con futuros proyectos de protocolos de actuación que se podrían implementar como en otros países vecinos.

### **1.3. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.**

La tasa global de suicidios ha sufrido un aumento llamativo en las últimas décadas, no solo en países desarrollados sino a nivel mundial. Es un hecho que sigue aumentando con el tiempo aunque más en hombres que en mujeres (Ayala, Martí & Lloret, 2005).

A pesar de que el intento suicida se ha identificado como uno de los mejores predictores de suicidio consumado (Roy, 1989; Diesktra, 1980; Nielssen y cols, 1990), “el análisis epidemiológico resulta complicado, ya que ningún país tiene registros confiables al respecto” (Jiménez, Díaz Ceballos, 1995).

A escala global, el suicidio representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad. Con una tasa de mortalidad global de 16/100.000 habitantes. El suicidio se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en personas de 15 a 44 años. La OMS estima que para el año 2020, la cantidad de estos hechos crecerá un 50% para alcanzar las 1,5 millones de muertes anuales. Peor aún, las tasas de suicidio entre los jóvenes se han ido en aumento hasta tal punto que ahora son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo (OMS, 2009).

Un dato de la revista Lancet apunta que el suicidio es la mayor causa principal de muerte entre los jóvenes. Para las jóvenes de 15 a 19 años, el problema

---

---

ocurre en los países más ricos, como Japón (30 mil suicidios en el 2009), en EEUU (32 mil suicidios en el 2005), en la India con un total de (127 mil en el 2009) En América la tasa es menor en cuanto al suicidio (9 mil), Colombia (2 mil), México (4 mil).

La tasa obtenida por un estudio realizado en las ciudades de Cochabamba, Sucre y La Paz, por Médicos Consultores (MEDICON): “Suicidio. Cuando el dolor y la muerte tienen la última palabra” publicado en 1996 pero basados en datos de 1992 fue de 15,2 x 100.000.

Otro estudio realizado por De la Galvez Murillo A., Tamayo Caballero C. “Mortalidad por suicidio en la ciudad de La Paz” para el año 1999 con 170 casos, con una población de 915.346 habitantes, arrojó una tasa de suicidio de 18 x 100.000, cifra muy alta si se tiene en cuenta que la OPS estimó para el área andina una tasa promedio de 4,2 x 100.000 para el año 2000. Habría pues, tanto un incremento absoluto y relativo de los casos de suicidio.

En el artículo “Prevalencia y mortalidad por intento de suicidio, en el servicio de emergencias del Hospital de Clínicas, La Paz – Bolivia, Gestión 2002” (Vargas, J. & Mejía, H.) dan una tasa de mortalidad específica del intento suicida de 6,93 defunciones por cada 1,000 pacientes y la tasa de mortalidad por los métodos empleados es la siguiente: tóxico con 37,81, traumático con 27,5 y por asfixia con 4,01, defunciones por cada 10.000 pacientes atendidos.

El Ministerio de Salud y Deportes, a través de la Unidad de Salud Mental, informó que los varones, a diferencia de las mujeres, son los que más se suicidan en Bolivia, y que el departamento de La Paz es el que mayores casos de suicidio presenta en comparación con otras regiones. Este Ministerio tiene datos de 3.495 suicidios en el territorio nacional desde 2005 hasta 2008. De acuerdo con esa institución, la sede del Gobierno tuvo al menos 1.139 muertes (hoybolivia.com, Agosto de 2008).

El artículo que más se aproxima a los objetivos planteados en esta investigación

---

---

y la más cercana a nuestra región, es el realizado por Cartagena H. Raúl y Cols. que lleva por título “Factores de riesgo suicida en adolescentes de la ciudad de Tarija”, en donde encuentran que un 24,1% con algún tipo de intencionalidad suicida y también hacen una descripción de varios factores precipitantes y protectores para esta problemática.

En 1999, sobre 97 casos registrado en la PTJ, los suicidios de varones fueron de 62 y los de mujeres 36 (una relación de 5:3). De los 97 casos, 49,4% corresponden a personas entre 16 a 25 años de edad. Se sabe por otros estudios que un alto porcentaje de esto jóvenes busca ayuda médica en los seis meses previos a su muerte, hecho que indica la importancia de que los médicos y otros profesionales de la salud reconozcan individuos y conductas suicidas (De la Galvez, Tamayo, 2000).

La doctora Georgina Romero, psicóloga de la Fundación “Evitemos los suicidios”, de acuerdo a los estudios y atención de casos que realiza, sostuvo que en la ciudad de La Paz, El Alto y la zona Sur, se registra aproximadamente un caso de suicidio por día, los cuales en su mayoría no se hacen públicos porque familiares de las víctimas piden la mayor reserva de los hechos. Para la profesional esta es una cifra preocupante que superó a la pasada gestión.

El psiquiatra Adolfo Prieto confirma ese dato por los casos que recibe en su consultorio privado. “Los potenciales suicidas que vienen a terapia —sostiene Prieto— son cada vez más jóvenes. Hace cinco años, la mayoría eran de 20 a 35 años; hoy la media está alrededor de los 16 años”. En su criterio, la raíz del aumento de suicidios se debe a la parte estructural de la sociedad boliviana —lo socioeconómico—, ya que lo monetario obliga a muchas familias a que ambos padres trabajen, incluso en dos fuentes laborales, por lo que se ausentan de casa mucho tiempo y los hijos crecen solos (matutino La Prensa, 2009).

A continuación podremos realizar una mirada de algunos estudios realizados en países iberoamericanos, en donde podremos observar especialmente los resultados obtenidos en las mismas, para que podemos al final ver en qué

---

contexto nos encontramos, respecto a esta problemática.

<b>TABLA N° 1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES SOBRE IDEACIÓN E INTENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES</b>				
<b>Autor Año/País</b>	<b>Objeto de Estudio</b>	<b>Población o Muestra</b>	<b>Instrumentos de Datos</b>	<b>Resultados Encontrados</b>
(Ruiz, Riquelme & Buendía, 2000) España : Madrid	Estudiar la relación entre la extraversión y el comportamiento suicida en adolescentes con ideación suicida y tentativas de suicidio.	282 adolescentes entre 14 y 18 años procedentes de 4 institutos de educación secundaria. Muestreo aleatorio estratificado.	Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) Scale for Suicidal Ideation (SSI) de Beck, Kovacs y Weissman (1979).	Los adolescentes que habían intentado seriamente el suicidio eran más introvertidos que aquellos que únicamente tenían ideación suicida o que los que habían realizado una tentativa de suicidio con carácter instrumental.
(Carbajal & Caro, 2011) Colombia; Bogotá	Evaluar la relación entre la desesperanza, la soledad y el grado de salud familiar en adolescentes escolarizados con y sin ideación suicida.	482 alumnos entre 14 y 17 años.	Escala de Ideación Suicida de Beck, Escala de Desesperanza de Beck, Escala de Autoestima de Rosenberg, la escala de Soledad y el Instrumento de Salud Familiar	Los hallazgos muestran que las variables que mejor explican la presencia de ideación suicida son: antecedentes de intento de suicidio, baja autoestima, de presión, y pertenecer a una familia poco saludable.
(Salvo & Melipillán, 2008) Chile: Chillan	Determinar la contribución de autoestima, impulsividad, cohesión familiar, adaptabilidad familiar, apoyo social en la predicción de suicidalidad.	763 estudiantes de enseñanza media. Muestreo aleatorio simple.	Escala de Suicidalidad, Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Cohesión y Adaptabilidad familiar de Olson y Escala de Zimet.	Los adolescentes con menor autoestima, mayor impulsividad, con problemas de cohesión familiar y menor apoyo social presenta mayor suicidalidad.
(Guevara, Roxo & Fensterseifer, 2005) Brasil: Porto Alegre	Identificar los factores de riesgo y la protección para la presencia de ideación suicida.	Se evaluó una muestra de 526 adolescentes de 15 a 19 años de escuelas públicas y	Ficha de datos personales para información socio-demográfica. Escala de depresión de Beck. Escala de	35,7% de los adolescentes presentaron ideación suicida alguna vez en la vida. 67,6% de los adolescentes presentaron ideación suicida. La depresión



		privadas. Se realizó un muestreo por conveniencia .	ideación suicida de Beck.	está asociada a la ideación suicida y conocer a una persona que ha intentado suicidarse.
(Jiménez, Mondragón & González-Fortaleza. Colombia: Bogotá	Evaluar la relación entre desesperanza, soledad y grado de salud con adolescentes escolarizados con o sin ideación suicida	423 adolescentes escolarizados de 14 a 17 años. Muestreo probabilístico.	Escala de Autoestima de Rosenberg, CES.D y Escala de Ideación Suicida de Roberts.	La baja autoestima no se asoció significativamente con la ideación suicida; la sintomatología depresiva se asoció con la ideación suicida.
(Chávez, Macías, Palatto & Ramírez, 2004) México	Identificar la prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en estudiantes universitarios.	532 estudiantes de 13 a 22 años. Muestreo aleatorio bietápico y por conglomerados.	Cuestionario de Estudiantes 2002	Se halló que la cuarta parte de los estudiantes presenta ideación suicida, el 8,6% ha tenido cuando menos un intento de quitarse la vida, generalmente alrededor de los 13 años.
(Cano, Gutiérrez & Nizama, 2009) Perú: Ucayali	Explorar la frecuencia y asociación de la ideación suicida y la tendencia a la violencia en adolescentes escolarizados.	350 adolescentes de 12 a 19 años en los tres más grandes colegios de la ciudad de Pucallpa, capital de Ucayali. Muestreo sistemático con arranque aleatorio.	Instrumento utilizado en el estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana.	El 31,3% presento deseos pasivos de morir alguna vez en sus vidas, 21,1% pensó en quitarse la vida y el 18,1% intento suicidarse alguna vez. Se encontró asociación entre ideación suicida y conducta violenta (OR=4,9 IC95% 1,4 – 17,5)
<b>Fuente:</b> Leal Zabala, Rafael A. & Vásquez Rodríguez, Luis E. Diciembre 2012.				

## **CAPÍTULO II**

---

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

---

---

## 2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La decisión de algunas personas de recurrir al suicidio cuando confrontan determinados problemas, es una opción que lamentablemente se va incrementando entre nuestra sociedad, determinación que se convierte en una alerta para que la comunidad y las autoridades adopten medidas para su prevención; siendo el suicidio un problema dominante de salud pública de primer orden en todos los países, por lo que su estudio, conocimiento, entendimiento y abordaje desde el ámbito de las ciencias de la salud no puede ser postergado.

El Ministerio de Salud y Deportes de nuestro país, tiene datos de 3.495 suicidios en el territorio nacional desde 2005 hasta 2008. De acuerdo con esa institución, la sede del Gobierno tuvo al menos 1.139 muertes en ese periodo de tiempo. Por estudios previos nuestro municipio presenta la tasa de incidencia más alta en nuestro país y no existen datos referentes a la ideación suicida.

Cuando se habla de suicidio en la adolescencia resulta en la mayoría de las ocasiones difícil, por varias razones; temas que no preferimos mencionar, porque se considera en general un tema trágico, por temor a que se incremente el riesgo en adolescentes que intenten quitarse la vida, considerar que el suicidio no es tan frecuente en esta etapa de la vida, pues es una etapa con muchas potencialidades para desarrollar muchas actividades; que cuando ocurre, puede ser un acto impulsivo o bien pensado y por considerar que es una tarea exclusiva de psiquiatras, psicólogos, médicos y otros, en el que no pueden intervenir otros sectores de la población.

El suicidio en la adolescencia, es una trágica realidad, ya que ocupa un lugar entre las tres primeras causas de muerte en la mayoría de los países y sólo le supera otro tipo de muerte violenta como son los homicidios y los accidentes en vehículos de motor; y lo más grave, es la tendencia a incrementarse según los estimados de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004).

En el tratamiento de este tema, es importante destacar que los datos estadísticos siempre constituyen estimadores bajos de la incidencia verdadera,

---

---

ya que por diversas razones psicosociales, muchos comportamientos suicidas no se reconocen como tales y no son reportados especialmente en este grupo etario de estudio, pero es factible su estudio con una adecuada metodología de investigación.

La propuesta está en el marco de las investigaciones sobre análisis de la situación de salud según condiciones de vida, promovidas por la OPS en todos los países, tanto para mejorar el conocimiento sobre la situación sanitaria de la población, darle seguimiento y aprovechar las fuentes de datos.

El autor de la investigación consideró de vital importancia realizar un diagnóstico sobre esta temática con relación a la Ideación Suicida, mediante el registro e identificación de factores asociados al riesgo suicida en adolescentes, además de indagar y explorar sobre las percepciones que manejan los adolescentes alrededor de la muerte y el suicidio, a través de este estudio debido a un incremento de los suicidios consumados en el municipio de La Paz.

Por ser la conducta suicida un problema dominante de salud pública significativo, con implicaciones Médico Legales importantes y debido a una ausencia de su estudio y conocimientos en nuestro medio se constituirá en un aporte para futuras investigaciones. Además, el estudio arrojará un análisis de esta problemática dominante en la actualidad para el conocimiento del médico y el personal de salud, para trasladar sus conocimientos a un plan coherente para la evaluación cuidadosa y el manejo clínico del “paciente suicida”, por lo que el estudio será de mucha utilidad en un futuro.

Finalmente, mediante la aplicación de un instrumento que permita identificar los factores de riesgo asociados a la ideación suicida (el más importante indicador de suicidio, pues se refiere a la existencia misma de la idea), en la población adolescente en el municipio de La Paz, involucrar a los padres, familiares, compañeros y maestros para que estén capacitados y puedan detectar prematuramente a aquellos candidatos suicidas y evitar que ocurran estos,

---

---

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

## **2.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

Desde todos los puntos anteriormente estudiados, identificados y expuestos, nos lleva a plantearnos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados al riesgo suicida en estudiantes adolescentes del municipio de La Paz, Bolivia, en el tercer trimestre de 2013?

## **2.3. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS.**

La presente investigación estuvo orientada a contrastar una hipótesis de nivel descriptivo, relacionada en un mismo grupo; planteándonos para ello la hipótesis que indica que:

### **2.3.1. H<sub>1</sub>. Hipótesis Alterna.**

- La investigación, mostrará un incremento de la prevalencia y la influencia de los factores asociados al riesgo suicida en los estudiantes adolescentes del municipio de La Paz, Bolivia, en el tercer trimestre de 2013.

### **2.3.2. H<sub>0</sub>. Hipótesis Nula.**

- La investigación, NO mostrará un incremento de la prevalencia y la influencia de los factores asociados al riesgo suicida en los estudiantes adolescentes del municipio de La Paz, Bolivia, en el tercer trimestre de 2013.
-

---

## **2.4. OBJETIVOS.**

### **2.4.1. Objetivo General.**

- Identificar la prevalencia y los factores asociados al riesgo suicida en estudiantes adolescentes del municipio de La Paz, Bolivia, en el tercer trimestre de 2013.

### **2.4.2. Objetivos Específicos.**

- Analizar las características socio-demográficas de los estudiantes adolescentes del municipio de La Paz, Bolivia, en el tercer trimestre de 2013.
  - Determinar la prevalencia del nivel del riesgo suicida (alto, medio y bajo), de los estudiantes adolescentes del municipio de La Paz, Bolivia, en el tercer trimestre de 2013.
  - Determinar la prevalencia de las dimensiones psicosociales (Baja autoestima, Desesperanza, Afrontamiento o Incapacidad para afrontar emociones, Soledad y abatimiento e Ideación suicida) según su calificación (bajo, medio y alto), de los estudiantes adolescentes del municipio de La Paz, Bolivia, en el tercer trimestre de 2013.
  - Establecer la posible asociación del nivel de riesgo de orientación suicida según las variables socio-demográficas (sexo, edad, tipo unidad educativa, ocupación del estudiantes y trabajo del adulto a cargo), en estudiantes adolescentes del municipio de La Paz, Bolivia, en el tercer trimestre de 2013.
-

## **CAPÍTULO III**

---

### **MARCO TEÓRICO**

---

---

### 3.1. CONSIDERACIONES GENERALES.

El concepto de vida humana, es comprendido como el grupo de funciones biológicas que permiten al ser humano la posibilidad de conocerse a sí mismo reconocer el mundo que halla a su alrededor. Posibilita también reconocer las diferentes interacciones que pueden darse entre distintas partes de su organismo y el ambiente. Estas funciones posibilitan algunas capacidades inseparables que van facilitando ciertos procesos propios a su esencia, como desarrollo, reproducción, crecimiento y muerte. A partir de lo anterior, se tiene en cuenta que la muerte hace parte del concepto de vida humana, desde donde se ha buscado una definición permisible para delimitar el concepto de muerte, lo cual se encuentra aún en discusión, puesto que no se ha localizado una tesis correctamente adecuada para ella, ni en términos biológicos, ni en términos filosóficos. Es de resaltar que en la historia, este concepto se ha construido desde un ámbito negativo, por ejemplo ausencia de vida. La definición de muerte que otorga la esfera Médico-Legal, hace referencia a este término como la detención del proceso que preserva la integridad física del cuerpo, es decir, “la detención del proceso de la vida y como tal es una secuencia de hechos que culminan en la cesación de las funciones biofisiológicas” (Franco, Toro, 2002).

Es por esto, que como afirma Escobar (1998), la muerte y el proceso de morir ha sido una preocupación desde siempre en el ser humano, sin embargo, desde hace unas décadas la tecnología y su continuo avance ha replanteado este concepto. La definición de muerte se resalta en gran parte, por falta de claridad que se tenía sobre la terminación de la vida, por un lado es importante interesarse por conocer cuando se acaba la vida biológica y la otra, es cuando la persona deja de existir, estas dos concepciones plantean situaciones que determinan definiciones y afirmaciones de muerte del ser humano. De acuerdo a lo anterior, el mismo autor argumenta que la muerte es un inevitable hecho biológico en el cual cesa toda actividad vital. Tanto la muerte como el nacimiento, son experiencias individuales y tanto una como la otra, marcan

---



---

ciertos límites que pueden ser inescrutables, puesto que nadie experimenta su propio nacimiento y tampoco su propia muerte.

Alrededor del mundo el fenómeno del suicidio se ha llegado a convertir en uno de los más trágicos problemas de salud pública internacional presentándose cifras de casi un millón de muertes al año (815 mil personal en el año 2000) por esta razón y provocando a su vez casi la mitad de todas la muertes violentas a nivel mundial, teniendo mayores cifras de muertes que las sufridas por homicidios o cualquier conflicto armado de la actualidad, estos datos fueron presentados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe Mundial sobre la violencia y la salud del año 2001. Según estadísticas también recopiladas por la OMS el suicidio es la decimotercera causa principal de muerte a nivel mundial y representado una tasa mundial de mortalidad anual de 14,5 por 100 mil habitantes lo que equivale a un suicidio cada 45 segundos (Sánchez, M. 2005).

Las estimaciones indican que en el año 2020 las muertes por suicidio podrían ascender a 1,5 millones anuales (OMS: 2004), lo que conlleva a la afectación emocional, económica y social de miles de personas relacionadas con el suicida, entre familiares y amigos, que son sobrevivientes de este fenómeno social. Lo anterior sin mencionar que las estadísticas hablan de que por cada muerte por suicidio se realizan de 10 a 20 intentos de autoeliminación (OPS. 2005) llegando a sumar cifras verdaderamente exorbitantes de seres humanos que optan día a día por autoagredirse con el fin último de morir y escapar de un dolor que les es insoportable ya sea a nivel físico o psicológico.

En 1942, el filósofo existencialista Albert Camus escribió: “Sólo hay un problema filosófico realmente serio: el suicidio”. Si así fuera, ¿por qué están todavía interesados los psiquiatras en este problema filosófico, más de 60 años después? Bien, los suicidios son fallecimientos, y la psiquiatría –como parte de la medicina- tiene un gran interés por la muerte, al igual que por lo que hay detrás de ella y por su prevención o aplazamiento. Si, tal como parece, detrás

---

---

del suicidio hubiera una serie de trastornos mentales y de sufrimiento, entonces la prevención y el tratamiento apropiados de estos trastornos mentales representarían en última instancia una forma de prevención del suicidio (Bertolote, JM. 2004).

El suicidio en jóvenes es uno de los temas menos tratados en la literatura y lamentablemente todo indica que va en aumento, es considerado un problema de salud pública donde se deben tener en cuenta los síntomas de alarma y factores de riesgo, por los profesionales de salud, los educadores y los padres, con el fin de evitar futuros posibles casos de suicidio a cualquier edad. Este incremento hace necesario el desarrollo de efectivos programas de prevención, requiriendo la clara identificación de los factores de riesgo de la conducta suicida (Cañón, SC. 2011).

De otra parte, Guibert y colaboradores consideraron que la aplicación del enfoque de riesgo al estudio de la conducta suicida es uno de los pasos más importantes en el conocimiento y prevención del suicidio que se ha producido a escala mundial, pues los factores de riesgo pueden ser causa o indicadores del comportamiento, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia de este, lo cual permite anticipar una atención preventiva, adecuada y oportuna a fin de evitar dicha conducta patológica (Toro, DC. 2006).

Esta revisión tiene como objetivo determinar algunos aspectos del suicidio e identificar los factores de riesgo y prepararse para enfrentar este fenómeno que cada vez tiene mayor importancia debido a su prevalencia (Cañón, SC. 2011).

## **3.2. EL SUICIDIO.**

### **3.2.1. Dimensión Histórica.**

El suicidio por lo revisado en la literatura que estuvo al alcance, se puede mencionar que es un fenómeno humano universal que ha estado presente

---

---

en todas las épocas históricas y ha atraído la atención de varias ciencias y científicos como por ejemplo de: filósofos, teólogos, médicos, sociólogos, artistas, entre otros.

En la Europa Antigua, sobre todo durante el Imperio Romano, el Suicidio se consentía e incluso era considerado un acto honroso. El filósofo romano Séneca lo ensalzaba como el último acto de una persona libre. Sin embargo, para San Agustín, el suicidio era un pecado. Varios de los primeros concilios de la Iglesia cristiana decretaron que no se celebraría ningún funeral por ninguna persona que se hubiera suicidado. En las legislaciones medievales se ordenaba la confiscación de todas las propiedades del suicida y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones. Actualmente, el suicidio, está condenado en las religiones cristiana, judía e islámica (Maldonado, A. 2003).

El suicidio ha existido siempre en la sociedad aunque la comprensión de este acto y de las variables que influyen en él ha cambiado con el tiempo, generando nuevas actitudes en los profesionales. Durkheim realizó una importante contribución al señalar que el suicidio puede comprenderse en términos de la fuerza o debilidad de una sociedad para contener el comportamiento individual de las personas. Hasta 1970, los suicidios en niños y adolescentes menores eran considerados como hecho poco frecuentes y muchas veces quedaban catalogados como accidentes, intoxicaciones con medicamentos y otros diagnósticos (Bella y Cols, 2010).

En 1897 Emile Durkheim postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico, como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista. Las sociedades modernas continúan manteniendo unos niveles de suicidio muy elevados, producto, en parte, de la permisividad social y del considerable grado de tolerancia a este respecto que se registra en la actualidad. Por otro lado, resulta en nuestros días mucho más fácil acceder a los medios necesarios para

---

---

cometer suicidios con un mayor grado de acierto que en el pasado. Los medios tecnológicos necesarios, así como las sustancias tóxicas precisas, se encuentran fácilmente accesibles para toda la población. Aunque este tipo de actos todavía hoy se encuentran sometidos a una notable crítica social, lo cierto es que el fenómeno del suicidio se aborda desde una perspectiva psicosocial, con la principal finalidad de comprender las razones profundas que impulsan a los individuos a cometer semejante acción, e incorporar los resultados de estas investigaciones a los tratamientos y terapias individuales para prevenir este tipo de acciones (Maldonado, A. 2003).

### **3.2.2. Suicidio: Conceptualización.**

Según Clemente, González, (1996), el término suicidio surgió, según algunas fuentes, en Gran Bretaña en el siglo XVII, y según otras en Francia en el siglo XVIII. Rojas (1984), comenta que este término fue utilizado por primera vez como *suicide* en Inglaterra en el año de 1643 y se incluyó en un diccionario inglés sólo hasta el año de 1656. Sin embargo, se ha defendido que la palabra tenía su origen en el abate Prévost en 1734, y que posteriormente fue retomada por Voltaire en los enciclopedistas, hasta que en 1762 fue incluida por la Academia Francesa de la Lengua, y definida entonces como “el acto del que se mata así mismo”. El término suicidio fue acuñado por el médico y filósofo inglés Thomas Brown en la obra *Regio Medici*, fue definido entonces como homicidio (Campos, RM. 2009).

En España, la palabra fue utilizada por primera vez en 1772 en una obra de Fray Fernando de Cevallos destinada a criticar la obra de Voltaire, pero solo hasta 1817 fue incluida en el Diccionario de la Real Academia Española, cuando la palabra se había difundido con una etimología paralela a la de homicida. De esta forma, la lengua española definió el suicidio como el acto o conducta que daña o destruye al propio agente

---

---

(Clemente, Gonzales, 1996).

El término se deriva del latín *sui* (sí mismo) y *cidium* (muerte, del verbo *coedare* = matar), y significa “darse a sí mismo la muerte”. Este acto del enfrentamiento directo con la muerte ha sido considerado desde delito hasta el auto-sacrificio más supremo, de acuerdo con las creencias, ideologías y culturas de los distintos momentos de la historia humana (Betancourt, A. 2008).

El suicidio es definido como la muerte auto-infligida intencionalmente. Es “el acto consciente de aniquilación autoinducida, que se entiende mejor como un sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable que percibe este acto como la mejor solución a sus problemas”. El suicidio no debe ser considerado como un acto realizado al azar o sin sentido, ya que al contrario, es, para la persona que lo comete la salida a un problema o una crisis que le causa intenso sufrimiento. Se asocia a frustración o necesidades insatisfechas, sentimientos de desesperación y desamparo, conflictos ambivalentes entre la supervivencia y una tensión insoportable, una disminución de las alternativas, y una necesidad de escapar (Campos, RM. 2004).

Para Salomon, 1976 es la vía final común y el desenlace de un fracaso progresivo en la adaptación con aislamiento y alteración de las redes relacionales humanas que nos sostienen y dan significado a la vida, desvaneciéndose esa fuerza misteriosa y vital que hace que toda criatura viviente desee seguir viva, constituye un fenómeno polidimensional y complejo, estudiado desde la óptica biológica, sociológica y clínica. Para Freud el suicidio viene a ser un síntoma doloroso producto de tendencias autodestructivas presente en todo tipo de personas, fenómeno intrapsíquico determinado de forma inconsciente donde interviene la agresión y la hostilidad a sí mismo a no poder exteriorizarlo. La base del suicidio radica en el instinto de muerte. Atiende a un impulso agresivo

---

---

introyectado hacia sí mismo. Para Albert Camus no hay problema filosófico verdaderamente como el suicidio. Afirma Landesberg “la voluntad de la vida del animal humano no es ilimitado ni incondicional. Queda saber si el suicidio en todos los casos es contraria al amor que nos debemos a nosotros mismos” (Pérez, J y Cols. 2002).

El sociólogo francés, Emile Durkheim, 1987 en su obra -El suicido- lo define: “suicidio a todo caso de muerte que resulte, directa o directamente, de una acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado...un fenómeno emergente social en donde no siempre hay una base de un trastorno mental” (Tellez, J. 2006).

Una definición más actual es la de Clemente y González (1996), quienes afirman que “El suicidio es el efecto de un conflicto entre el individuo y su existencia y realidades sociales, que le suscita una desmotivación para vivir, y/o se percibe irreconciliable con dicha realidad, siendo la misma mucho más fuerte que él y ante la falta de refuerzo existencial, su vínculo se va deteriorando, lo que provocará exclusiones parciales, despojo de ciertos roles, así como confrontaciones con la realidad estipulada, que actúan como refuerzo de su actitud de exclusión social, hasta que en un momento dado el sujeto decide excluirse totalmente, abriendo su paso a la muerte, tras haber visto superados sus recursos y capacidades de intervención y afrontamiento”.

La OMS lo define como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y el parasuicidio, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se auto-lesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de la consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico” (Guías de Práctica Clínica de España).

### **3.2.3. Aclarando algunas definiciones.**

---

- 
- a. Conducta Autoagresiva/Lesiva:** Acto deliberado como intención de ocasionarse dolor, agresión o lesión, sin intención manifiesta o evidencia explícita o implícita de ocasionarse la muerte (los más frecuentes: ingesta de medicamentos y/o sustancias tóxicas, cortes en el cuerpo auto infligidos para aquietar estados de angustia)(Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones-Argentina, 2012).
  - b. Suicidabilidad:** Espectro de conductas e impulsos que abarcan desde ideación, planificación, intento suicida y suicidio consumado (Paz, H. 2007).
  - c. Parasuicidio:** Es un acto generalmente no fatal, que se ha incrementado en los últimos tiempos, sobre todo en mujeres adolescentes o jóvenes. Es impulsivo y se utilizan sustancias medicamentosas. Es frecuente en aquellas personas con modificaciones abruptas del humor o con personalidades de características antisociales (Serfaty, E. 1998)
  - d. Plan suicida:** Corresponde esto a un elemento de gran peligrosidad ya que se planifica como, donde, con que, habiendo una gran correlación entre el tener un plan suicida y la consumación del hecho (Barberis, A. 2009).
  - e. Intensión suicida:** expectativa y deseo subjetivo de realizar un acto autodestructivo que finalice en la muerte. Se diferencia de la ideación suicida en que en esta caso se agrega la intención explícitamente (PNSIA, 2012).
  - f. Suicidio frustrado:** Es aquel acto suicida que hubiera terminado en la muerte de no mediar situaciones fortuitas o no esperadas, en este caso existía un deseo de acabar con la vida pero el sujeto no llega a morir por situaciones ajenas en su voluntad (Campos, RM. 2009).
  - g. El suicidio accidental:** Corresponde al realizado con un método del
-

---

cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, la muerte no es deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto, como por ejemplo en la población penal, que se autoagrede sin propósitos de morir, pero que mueren por complicaciones (Campos, RM. 2009).

**h. Ideación suicida:** Consiste en pensamientos de matarse, planes sobre las circunstancias (dónde, cuándo, cómo) así como pensamientos sobre el posible impacto del propio suicidio en los demás. Se trata de un fenómeno frecuente en población adolescente cuya gravedad y significación requieren de un adecuado entrenamiento por parte del profesional (Moya, J. 2007).

**i. Conductas Suicidas:** Toda acción producida con el propósito explícito o implícito de quitarse la vida, incluyendo también cualquier intención, ideación o pensamiento que pudiere finalizar en dicha acción, aún cuando no hubiere ninguna expresión manifiesta. (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones-Argentina, 2012). La conducta suicida abarca las actitudes o gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado (Campos, R.M. 2004).

**j. Actitudes o Gestos Suicidas:** Son aquellos planes y actos de tipo suicida que parecen tener pocas probabilidades de éxito. Ese tipo de mensajes no debe ser pasados por alto, son peticiones de ayuda que requieren una cuidadosa evaluación y un tratamiento encaminado a aliviar el sufrimiento y prevenir la repetición de intentos, especialmente si se tiene en cuenta que el 20% de las personas que hacen un primer intento vuelven a probar en un año después y en el 10% de los casos consuman el suicidio (Campos, R.M. 2004).

**k. Intento Suicida:** También denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación (IAE) o autolesión intencionada (*deliberate self harm*), se ha definido como aquel acto sin resultado de

---



---

muerte en el que un individuo, de forma deliberada, se hace daño a sí mismo. Se considera que el intento es más frecuente en los jóvenes, en el sexo femenino, y los métodos más utilizados son los suaves o no violentos, principalmente la ingestión de fármacos o sustancias tóxicas (Pérez Barrero, S.A. 1999).

**l.Suicidio consumado:** Es el que abarca todos aquellos actos lesivos autoinfligidos con resultado de muerte. Son más frecuentes en adultos y ancianos, en el sexo masculino, y los métodos preferidos son los llamados duros o violentos, como las armas de fuego, el ahorcamiento, el fuego, etc. (Pérez Barrero, S.A. 1999).

**m.Suicidio crónico:** Abuso de drogas, trastornos en la alimentación, descuido en las enfermedades de transmisión sexual, o sea todas aquellas acciones destinadas a provocarse daño a su propio cuerpo en forma lenta y continúa (Barberis, A. 2009).

Como se ha visto, estas definiciones, no explican todos los elementos de las conductas suicidas. Debido a esto en un intento por unificar la terminología, la OMS, en 1969, propuso como ayuda a la investigación una serie de términos muy concretos y muy útiles como base común para la designación de las conductas suicidas, éstos son:

- **Acto suicida:** Hecho por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.
- **Suicidio:** Muerte que resulta de un acto suicida.
- **Intento de suicidio:** Acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

Es importante señalar que a pesar de estas definiciones, existen ciertas dificultades para determinar un acto suicida, especialmente en el caso de los adolescentes, esto hace necesario mencionar una serie de condiciones que deben cumplirse para poder hablar de suicidio, en el adolescente

---

---

(Alcántar, MI. 2002).

#### **3.2.4. Datos provenientes de la Epidemiología.**

Los datos provenientes de la epidemiología siempre son importantes y valiosos. Sin embargo, resulta fundamental hacer la salvedad de que existe un gran vacío en este aspecto, ya que sólo los suicidios consumados pueden ser conocidos como tales por los certificados médicos de deceso. Se sabe que en Estados Unidos, país con controles más eficaces que el nuestro, por cada suicido reportado hay cuatro que no fueron consignados en las estadísticas oficiales; lo lógico es pensar que las proporciones reales son mayores. En cuanto a los intentos de suicidio, no hay realmente ninguna persona que puede tener una idea clara de este aspecto, porque sólo se tiene acceso a los casos reportados en los hospitales como intentos de suicidio, pero debemos ser conscientes de que existen y se producen intentos de suicidio nunca diagnosticados como tales; en esto coinciden varios autores de todas las nacionalidades. Por lo que merecería preguntarnos si las estadísticas que se tienen no son sólo la punta de un iceberg cuya parte sumergida está llamada a permanecer desconocida (Barón, OP. 2000)

En términos generales la mortalidad por suicidio se ha incrementado en cerca del 60% en los últimos 45 años, esta tendencia es observada tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Durante estos 45 años, el mayor índice de suicidios ha pasado de una población de edad avanzada a una más joven (35-45 años e incluso 15-25 años en algunos lugares), hasta el punto de que últimamente el suicidio está entre las cinco primeras causas de muerte entre hombres y mujeres. Unas pocas intervenciones han demostrado ser muy efectivas en la reducción de estas tasas en algunos lugares (SUPRE-MISS, 2002).

Para la OMS el suicidio se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en personas de 15 a 44 años, estima que para el año

---

---

2020, la cantidad de estos hechos crecerá en un 50 por ciento para alcanzar las 1,5 millones de muerte anuales. Peor aún, las tasas de suicidio entre los jóvenes se han ido aumentando hasta tal punto que ahora son el grupo de mayor riesgo en un tercio de países del mundo. Según la misma organización, aproximadamente 10,2 millones de personas en todo el mundo realizan algún tipo de conducta autolesiva que requiere atención médica, y cerca de 30 millones estaría en riesgo de tener este tipo de conductas, aunque no reclamen atención médico.

La tasa mundial es de 8 por 100.000 habitantes (Pérez, J y Cols. 2002). Internacionalmente, las proporciones se extienden desde un máximo de 25/100.000 en Escandinavia, Suiza, Alemania, Austria, países europeos del Este (el cinturón suicida), y Japón, hasta un mínimo de 10/100.000 en España, Italia, Irlanda, Egipto y Países Bajos (Campos, RM. 2004).

Shaffer y Pfeffer (2006) mencionan que aproximadamente se dan 2000 muertes por suicidio en adolescentes anualmente en Estados Unidos, 2 millones intentan el suicidio y casi 700.000 reciben atención médica por intentos de autoeliminación. El suicidio es más común en adolescentes y jóvenes masculinos que femeninos, creciendo la relación de 3:1 en suicidios prepuberales hasta 5,5:1 entre los 15 a 24 años. La tasa de suicidios es de 12.5/100.000 habitantes, se clasifica como la octava causa general de muerte en este país. Como curiosidad se menciona que el puente Golden Gate de San Francisco es el lugar donde más personas se suicidan, con más de 800 suicidios desde que se inauguró en 1937 (Campos, RM. 2004).

Aunque el estudio del fenómeno del suicido es relativamente limitado en América Latina, los países en donde este problema ha venido manifestándose con mayor intensidad, han logrado registrar la información necesaria y estudiar la epidemiología de este fenómeno. Lamentablemente, existe poca información proveniente de los países africanos, muy poca de

---

---

los países de la región del Asia sudoriental y del Mediterráneo del este, e información irregular de los países del Pacífico occidental y de América Latina. (Bertolote y Fleischmann, 2002)

Los países que más bajas tasas presentan a nivel global son los de América Latina con una tasa promedio de suicidios inexacta que oscila entre 6,5 y 13 (exceptuando Cuba que posee la tasa más alta de la región con el 13,5 en 2004). En Costa Rica se tiene una tasa de 7-8 suicidios por 100.000 habitantes (Campos, RM. 2004).

Tanto para los suicidios como para los intentos de suicidio existe un importante subregistro. Por cada muerte por suicidio existirían 7 muertes no notificadas (Dolto, 1997). En varios países de Latinoamérica la tasa de suicidio en adolescentes y jóvenes se ha incrementado, Argentina con 7,9 en 1990; México con 13,4 en 1990; Venezuela de 10,6 en 1989 (Fuente: PAHO Technical Information System). En Colombia una tasa aproximada de 5 suicidios por cada 100 mil habitantes (Ceballos, 2003). Ecuador muestra una tasa de 6.7 para el 2006 (Betancourt, A. 2008). Uruguay la tasa en el año 2007 fue de 12.54/1000.000, configurando el 1.24% de todas las defunciones.

En los últimos cuarenta años las tasas de suicidio en población de 15 a 19 años se han cuadruplicado. Es la cuarta causa de muerte entre los 10 y 15 años y la tercera entre los 15 y 25 años en Chile (Ulloa 1994, Salvo 1998).

Bolivia se caracteriza por tener una población joven, un 21% de la población son adolescentes –entre 11 y 19 años– según información del Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001, para el 2010 la población adolescente proyectada fue del 19.6% entre hombres y mujeres (Córdova, K. 2012).

La cantidad de población comprendida entre los 10 a 19 años proyectada para el año 2011, en el municipio de La Paz, el sexo femenino es de

---

---

85.365 adolescentes, en el sexo masculino es de 89.018 adolescentes, los cuales hacen un total de 174.383 adolescentes, los cuales será nuestro universo de estudio (INE. 1992).

En nuestro país Bolivia, la tasa obtenida por un estudio realizado en las ciudades de Cochabamba, Sucre y La Paz, por Médicos Consultores (MEDICON): “Suicidio. Cuando el dolor y la muerte tienen la última palabra” publicado en 1996 pero basados en datos de 1992 fue de 15,2 x 100.000.

Se puede señalar que las cifras con las que cuenta Bolivia y, especialmente, en la capital sede de gobierno, sobre los actos suicidas se encuentran en constante aumento, sin embargo, un aspecto aun más preocupante es el incremento que en los últimos años ha tenido el suicidio en adolescentes teniendo referencia lo aseverado en el estudio realizado por Vargas & Mejía en 2004, quienes concluyen que del total de intentos de suicidios que se registran en el hospital de Clínicas de nuestra ciudad, el 28,46% corresponden a una franja etaria entre 15 a 19 años, siendo este el segundo, después de la franja de 20 a 24 años.

Otro estudio realizado por De la Galvez Murillo A., Tamayo Caballero C. “Mortalidad por suicidio en la ciudad de La Paz” para el año 1999 con 170 casos, con una población de 915.346 habitantes, arrojó una tasa de suicidio de 18 x 100.000, cifra muy alta si se tiene en cuenta que la OPS estimó para el área andina una tasa promedio de 4,2 x 100.000 para el año 2000.

Según la Medicina Legal, los métodos empleados en los suicidios consumados son los siguientes: el 44% por tóxicos, el 33% por armas de fuego, el 16% por ahorcamiento y el 7 % restante por otras causas. En cuanto a los métodos utilizados por los adolescentes para sus intentos de suicidio los diferentes estudios realizados coinciden en subrayar la ingesta de fármacos. En este punto es importante reflexionar sobre el hecho de que la mayoría de los adolescentes suicidas utilizan los medicamentos del

---

---

botiquín de la casa, medicamentos consumidos con regularidad por los padres o bien aquellos que les han recetado a ellos para su angustia o depresión (Barón, OP. 2000).

### 3.2.5. 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 excluyente. 2. Diseccionar la realidad. Lo anterior puede o no ser deseable en muchas situaciones de estudio, pero lo que si es claro es que el clasificar es una herramienta de trabajo que puede ayudarnos a entender la realidad, aunque no de forma exhaustiva (Aja, L. 2007).

La primera clasificación que mencionaremos es la utilizada por Durkheim (Durkheim, 1985) por ser además, la más ampliamente conocida, describe tres principales tipos de suicidio (Alcántar, MI. 2002):

- a. **Suicidio egoísta:** Es consecuencia de la falta de integración social o de la individuación excesiva. Si el vínculo que liga al hombre a la vida, se minimiza, es porque el vínculo que lo une a la sociedad se ha diluido también. Egoísmo es el estado en que se encuentra el yo cuando vive su vida personal y no obedece más que a sí mismo.
  - b. **Suicidio altruista:** Se deriva de una integración social demasiado fuerte, y sucede cuando la autoridad de grupo es tan fuerte sobre el individuo que pierde su identidad personal y desea sacrificar su vida por la comunidad.
  - c. **Suicidio anómico:** Aparece cuando la sociedad está perturbada por transformaciones demasiado repentinas, y no es capaz de ejercer su acción reguladora -anomía- y el individuo pierde los puntos de referencia.
-

---

Rojas considera al menos 10 clasificaciones más del suicidio a saber: Según su etiología, Según la forma, Según la técnica, Según la intencionalidad, Según los resultados, Según el curso evolutivo, Según la gravedad, Según el número de personas involucradas, Según la conciencia del acto y Según la actitud del sujeto ante la vida (Aja, L. 2007).

El comportamiento autodestructivo puede ser directo (incluye generalmente ideas suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado) o indirecto (caracterizado por exponerse a un riesgo que compromete la vida sin intención directa de provocarse la muerte, general mente de forma reiterada y a menudo inconscientemente, con consecuencias que, en última instancia, pueden ser autodestructivas). Ejemplos de este tipo indirecto de conducta suicida son el consumo abusivo de alcohol y otras drogas, el hábito fumar, comer excesivamente, descuidar la propia salud, provocarse automutilaciones, la adicción a someterse a múltiples intervenciones quirúrgicas, hacer huelga de hambre, llevar un comportamiento delictivo y conducir en forma imprudente. Otra forma indirecta de autodestrucción consiste en la ingestión de sustancias dañinas para la salud como drogas, alcohol y tabaco. Otro tipo de suicidio es el que se conoce como submeditado, en donde la intención de morir no es consciente, de manera que la víctima –sin conocerlo– se autodestruye lentamente, esto se presenta por ejemplo en el caso de las personas que padecen una enfermedad provocada por sentimientos negativos o estados emocionales que afectan la salud física (Campos, R.M. 2004).

Según Schneiderman (Garduño, R. Gómez, K. & Peña, A. 2011), la conducta suicida se puede clasificar en cuatro tipos:

- a. La sensación de que la vida no vale la pena, sentimiento que resulta de un estado depresivo. El adolescente considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán.
  - b. Una conducta suicida impulsiva que puede presentarse después de una
-

---

desilusión de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo.

- c. Una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pensar que no hay otra salida.
- d. El intento suicida como medio de comunicación, en el que el adolescente no desea morir, pero quiere comunicar algo por medio del suicidio y cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean.

### **3.2.6. El proceso Suicida.**

G. Bouchard (2000) plantea que el proceso suicida es el período que comprende el momento en que se produce la crisis y el paso al acto, y aclara que en los adolescentes este proceso puede ser muy corto, inclusive de horas, y es más corto aun en los segundos intentos de suicidio. Bouchard divide este proceso en cinco momentos:

- a. **El primer momento es la búsqueda de soluciones, que es una etapa normal en cualquier crisis.** La persona que hace una especie de inventario de las posibles soluciones a sus problemas juzgando la posibilidad de que se produzca un cambio, y por lo tanto, se disminuya el dolor. Algunas personas podrán tener varias soluciones e identificar estrategias para resolver la crisis; otras, por el contrario, no encontrarán soluciones que puedan responder a sus necesidades presentes. En este momento, la idea de suicidio no se toma como una posible solución.
  - b. **El segundo momento es la ideación suicida.** En la búsqueda de soluciones, una imagen súbita, breve y pasajera de muerte aparece como una posible solución. Las soluciones que encuentra son ineficaces para reducir la intensidad de la crisis, y por lo tanto son rechazada. La idea del suicidio comienza a aparecer más frecuentemente, muchas veces encubierta por la idea de que algo pasara para morir, como, por ejemplo, una enfermedad grave o un accidente, pero cada vez más se piensa en el suicidio y se empieza a elaborar escenarios posibles.
-



- 
- c. El tercer momento es la rumiación.** La inconformidad es cada vez mayor y más difícil de soportar, el deseo de escapar a la angustia es cada vez más apremiante. La imposibilidad de resolver la crisis y el sentimiento de haber agotado todas las posibilidades provoca un aumento de la angustia. La idea del suicidio se vuelve constante y regular, lo que genera aún más angustia y aviva el sufrimiento y el dolor.
- d. El cuarto momento es la cristalización, en el cual la persona se encuentra totalmente desesperanzada.** El suicidio es ya considerado como la solución a todos los sufrimientos. Es el momento en el que se elabora un plan preciso: el día, la hora, el medio, el lugar. El adolescente puede sentirse aliviado y dar signos de estar mejor ya que el suicidio representa la solución definitiva, y él posee el medio para poner fin a su sufrimiento. Con frecuencia, en este momento el adolescente hace una ruptura emotiva de los que lo rodean y un sentimiento de aislamiento está presente. Sólo hará falta el evento que lleve el paso al acto.
- e. El último momento es el elemento desencadenante.** Después de la etapa de cristalización, el paso al acto se vuelve inminente. Un evento desencadenante está ligado al acto suicida, sin importar muchas veces la intensidad o trascendencia manifiesta del evento, pero es un evento que para el adolescente se agrega a la serie de pérdidas significativas que ha sentido en su vida.

Lo importante de este proceso es tener en cuenta que se puede intervenir en cualquier momento; hay que recordar que la ambivalencia y el miedo de pasar al acto siempre van a estar presentes, inclusive hasta el último momento, y que una intervención adecuada puede interrumpir el proceso en cualquier momento.

### **3.2.7. La Ideación Suicida**

Entre las manifestaciones del comportamiento suicida, la ideación suicida

---

---

es considerada como la de menor riesgo; no obstante, representa su primera manifestación. Esto ubica a la ideación suicida como un asunto de vital importancia para la toma de decisiones orientadas a la identificación de personas con riesgo de suicidio (Rosales, 2010).

La distinción entre ideación y el intento suicida difieren en términos del grado de severidad o intensidad de la motivación para terminar con la propia vida así como la naturaleza de su expresión. En el caso de la ideación suicida, está más relacionada con procesos cognitivos, mientras que intento se relaciona al comportamiento (Norlev, Davidsen, & Sundaram, 2005). Asimismo, las ideaciones suicidas presentan distintos grados de severidad, desde aquellas relacionadas a deseos pasivos de morir hasta planes completamente formulados para morirse (Casey, y otros, 2006) . Estos últimos son de mayor importancia clínica.

Rosales (2010), tomando el planteamiento de Neuringer (2001), señala tres características del pensamiento suicida:

**a. La estructura del pensamiento suicida.** Comprende tres aspectos: El primero de ellos corresponde al razonamiento catalógico, que hace referencia a un raciocinio basado en falacias lógicas, tales como suponer lo siguiente: “todo el que se mata a sí mismo recibe atención; por lo que si yo me mato recibiré atención”. La segunda concierne a una desorganización semántica, identificada con estrategias cognitivas dirigidas a la evitación del pensamiento asociado al temor de morir. La tercera atañe a un pensamiento dicotómico extremo, que implica la polarización del pensamiento, esto es, carencia de oportunidades o puntos medios.

**b. La rigidez y constricción de pensamiento.** Se relaciona con la dificultad para aceptar cambios y nuevas opciones de conductas. Es tipo de raciocinio hacer que la persona se sitúe en una situación sin escape. Por ejemplo, un adolescente que luego de una ruptura amorosa piensa

---

---

que nadie en el mundo lo ama y que ha perdido la felicidad para toda su vida.

**c. La percepción distorsionada del tiempo.** Es la tendencia a “congelar” o detener el tiempo; es decir, la incapacidad de incorporar el pasado y prever acciones para el futuro. Razón por la cual las personas con tendencia suicida perciben los hechos o acontecimientos en el tiempo de modo significativamente distinto al de las demás personas, pues para ellas no hay más tiempo que el presente, el cual además no es nada significativo. Esto limitaría la capacidad del adolescente para identificar situaciones positivas o buenas que también pudo haber experimentado durante los años de su vida así como para visualizar un conjunto de oportunidades que podría alcanzar en un futuro.

Otro aspecto importante de la ideación suicida considerado también por Rosales (2010) es que generalmente ella generalmente no se presenta sola; es decir, viene acompañada de lo que se denomina factores de riesgo. Esto último permite distinguir entre casos de *ideación suicida silenciosa* y los de *ideación suicida manifiesta*. En estos últimos casos la ideación suicida es acompañada de factores tales como alcoholismo, drogadicción, propensión a accidentes, etc.

### **3.2.7.1. La Ideación Suicida en los Adolescentes.**

La adolescencia es un periodo particularmente vulnerable en la vida. Aun no equipados con las suficientes habilidades para la vida, los adolescentes se involucran en comportamientos de alto riesgo, buscan desesperadamente la aprobación de sus coetáneos y experimentan más conflictos con la autoridad. En opinión de Ann (2010), el escenario antes descrito, sería razón para no sorprendernos que los adolescentes tengan mayores índices de muertes violentas, especialmente el suicidio.

A partir del año 2001 La Organización Mundial de la Salud (OMS)

---

---

consideró el suicidio como un tema importante para la salud pública de los jóvenes por tres razones (Eguiluz, Córdova, & Rosales, 2010):

- a. Es una de las principales causas de muerte entre la población joven en la mayoría de los países desarrollados así como en los que están en vías de desarrollo.
- b. Existe grandes diferencias en las tasas de suicidio entre los diferentes países del mundo, los sexos y los grupos de edad (indicador de la compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales).
- c. Los suicidios de gente joven y de las mujeres se han convertido en un problema creciente en todo el mundo.

### **3.2.7.2. Factores psicosociales relacionados a la ideación suicida.**

A decir de Lee y Jung (2006), existe en la explicación del comportamiento suicida un debate continuo acerca de la relativa importancia de los factores de riesgo socio-ambientales en comparación con los factores de diagnóstico psiquiátrico. No obstante dichas posturas, es de vital importancia para los profesionales de la salud entender cada posible factor relacionado con el comportamiento suicida, sobre todo aquéllos que permiten una mayor predicción de ésta conducta.

La identificación de factores relacionados al riesgo suicida responde a una necesidad de prevención secundaria. Se implementa a través del diseño y construcción de instrumentos de tamizaje para la detección temprana y oportuna de los adolescentes con riesgo suicida (González-Forteza & Jimenez, 2010). El propósito de este tipo de tamizaje es el de habilitar al personal escolar asignado en cada plantel y a los equipos de salud, con herramientas eficaces y fáciles de aplicar. También es de utilidad implementar registros periódicos para contar con bases de datos sistemáticas para monitorear a la población escolar en cuestión.

---

---

Por otro lado, la identificación de los factores protectores del comportamiento suicida es de utilidad para la elaboración de las estrategias de promoción. Los factores protectores potencian el esfuerzo preventivo, dado que al interactuar con los factores de riesgo, pueden minimizar el riesgo de suicidio, o prevenir la incidencia de otros factores de riesgo asociados con la conducta suicida. Aunque los test de factores protectores son raros en la literatura de investigación del suicidio, diversos estudios de factores asociados con bajo riesgo de comportamiento suicidio han producido resultados interesantes (Nock M. K., y otros, 2008). Así, por ejemplo, las creencias religiosas, la práctica religiosa y la espiritualidad han sido relacionadas con la disminución de la probabilidad del intento de suicidio. Mediadores potenciales de esta relación, tales como la sanción moral del suicidio y el apoyo social, también parece proteger contra el intento de suicidio de personas en riesgo. Asimismo, el ser gestante o tener hijos pequeños en casa también son factores protectores ante el suicidio.

Tomando en consideración el modelo de comportamiento suicida formulado por Vilhjalmsson et al (1998) y los resultados de investigaciones empíricas referente a los factores relacionados a la ideación suicida, se consideró de relevancia para fines del presente estudio la evaluación empírica de cuatro factores psicosociales planteados por la literatura como determinantes de la ideación suicida: funcionamiento familiar, estrés percibido, estrategias de afrontamiento y apoyo social.

### **3.2.8. Mitos e Ideas erróneas sobre el Suicidio.**

Los mitos son creencias culturalmente aceptadas y entronizadas en la población que no reflejan la veracidad científica, pues se trata de juicios de valor erróneos con respecto al suicidio, a los suicidas y los que intentan el suicidio, que deben ser eliminados si se desea colaborar con este tipo de personas.

Con cada mito se intentan justificar determinadas actitudes de quienes los

---

sustentan, las que se convierten en un freno para la prevención de esta causa de muerte, por lo que se impone que se divulguen -y junto a ellos- los criterios científicos para que la población tenga más recursos con los cuales enfrentar a los individuos en riesgo (Pérez, SA. 2005).

En el siguiente cuadro se exponen algunos de estos mitos con los enfoques que los perpetúan y cuál es la realidad de estas situaciones (FEAFES, 2006).

<b>TABLA N° 2. MITOS E IDEAS SOBRE EL SUICIDIO</b>		
<b>Mito</b>	<b>Enfoque Equivocado</b>	<b>Situación Real</b>
<b>1. El que se quiere matar no lo dice.</b>	Conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse.	De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.
<b>2. El que lo dice no lo hace.</b>	Conduce a minimizar las amenazas suicidas y pasar a considerarlas erróneamente, como chantajes, manipulaciones y alarde, etc.	Todo el que se suicida expresa previamente con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta sus intenciones.
<b>3. Una persona que se va a suicidar no emite señales de lo que va a hacer.</b>	Se ignora los signos de alerta previos al suicidio.	
<b>4. El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso.</b>	Limita las acciones preventivas pues si ocurre de esta manera es imposible pronosticarlo y, por tanto, prevenirlo.	Toda persona, antes de cometer un suicidio, evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como Síndrome Presuicidal, que consiste en un retraimiento de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas sino hacia sí, y la existencia de fantasías suicidas. Todo esto, si se detecta a su debido tiempo, evitará que lleven a cabo sus propósitos.
<b>5. Al hablar sobre el suicidio con una persona que esté en riesgo, se le puede incitar a que lo realice.</b>	Infunde temor para abordar la temática del suicidio en quienes están en riesgo de cometerlo.	Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo, en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos de suicidio.

6. <b>El suicida desea morir.</b>	Pretende justificar la muerte por suicidio de quienes lo cometen y, por tanto, tarde o temprano lo llevará a cabo.	El principal deseo de la mayoría de los suicidas no es específicamente morir, sino poner fin a su dolor, el cual les parece insoportable e interminable.
7. <b>El que intenta el suicidio es un cobarde.</b>	Pretende evitar el suicidio equiparándolo con una cualidad negativa de la personalidad.	Los que intentan el suicidio no son valientes ni cobardes, sino personas que sufren. La valentía y la cobardía son atributos de la personalidad que no pueden cuantificarse según el número de intentos de quitarse la vida.
8. <b>El que intenta el suicidio es un valiente.</b>	Pretende equiparar el suicidio con una cualidad positiva de la personalidad, lo cual entorpece su prevención, pues lo justifica, haciéndolo sinónimo de un atributo imitable y que todos desean poseer, como es el valor.	
<b>Fuente:</b> Afrontando la realidad del suicidio. Orientaciones para su prevención. (FEAFES), 2006.		

### 3.3. LA ADOLESCENCIA.

#### 3.3.1. Aspectos generales.

“La juventud ama el lujo. Tiene malos modales, desprecia la autoridad, no tiene respeto a las personas de edad, habla cuando debería de trabajar, los jóvenes ya no se levantan cuando entran en la habitación personas de más edad, contradicen a sus padres, hablan sin conocimiento en la sociedad, devoran los alimentos, cruzan las piernas y tiranizan a sus padres...” Aristóteles, (384-322 A.C.)

“...La petulancia sin límites de la juventud debe considerarse como una señal que está cerca el fin del mundo. Melanchthon (1497-1570).

“...La corrupción precoz de la juventud se ha convertido en una queja tan generalizada que parece necesario someter esta cuestión a debate público y plantear propuestas para mejorarla” Loke (1960).

El estudio científico de la adolescencia se inicia a principios del siglo pasado tras las publicaciones “*Adolescence*” de Stanley Hall (1904), y “Tres

---

ensayos sobre una teoría sexual” de Sigmund Freud (1905). A partir de entonces surgió un importante interés por el conocimiento e interpretación de la pubertad, de la adolescencia y de toda la edad juvenil. Para algunos, Hall es el pionero de los estudios de la adolescencia. Sin embargo no es hasta 1909, cuando se reúne con Freud en la Clark University, cuando siembran las bases de la psicología de la adolescencia (Alcántar, MI. 2002).

La adolescencia se puede definir como una etapa del ciclo vital humano, ubicado entre la niñez y adultez. A través de la historia esta etapa se ha considerado un “periodo puente”, dando solo importancia a los otros períodos de la vida mencionados, sin embargo, existe una dificultad importante para definir el momento exacto en el que finaliza la adolescencia ya que si bien existe consenso en cuanto al momento en que empieza la adolescencia (pubescencia), el término de esta etapa no depende de factores biológicos, sino de factores socio-culturales. Esto ha influido en un concepto erróneo y hasta discriminativo hacia los adolescentes, ya que se considera un lapso en que las personas se vuelven inestables, irritables, rebeldes, etc. (Campos, RM. 2009).

La adolescencia, es un período de muchos cambios en el cual los adolescentes se ven enfrentados a profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. Los psicólogos coinciden en afirmar que la tarea fundamental de la adolescencia es la búsqueda de la identidad. Si el adolescente fracasa en esta tarea, será susceptible a algunas tendencias autodestructivas, incluyendo el suicidio (Toro, DC. 2006).

### **3.3.2. Conceptos de Adolescencia.**

La adolescencia es un período de la vida de cada individuo que ha sido estudiada y definida históricamente, por lo cual existen diferentes enfoques sobre la misma, que van desde una concepción de una etapa de constante crisis y pérdida de valores, hasta visiones más integrales que la

---



---

conceptualizan como un período de crecimiento y desarrollo que le permite al ser humano elaborar su propia identidad (Campos, R.M. 2004).

El término adolescencia, se remonta al latín “*adolescere*”, que significa “crecer hacia”, o “crecer” (*ad*, que significa crecer “hacia”, *olescere*, “crecer o ser alimentado”). Hall, 1904 describe la adolescencia como un periodo de “tormentos y estrés” inevitables, sufrimiento, pasión y rebelión contra la autoridad de los adultos. Freud, 1905 definió la adolescencia como una época de grandes conflictos, ansiedad y tensión (Alcántar, MI. 2002).

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino a una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social (Pineda, S. Aliño, M. 2000).

Es difícil establecer límites cronológicos para este período; de acuerdo a los conceptos aceptados por la OMS, la adolescencia transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años).

En el Código Niña, Niño y Adolescente (Ley N° 2026, DS N° 27443 del 8 de Abril de 2004) del Estado Plurinacional de Bolivia, se considera como adolescentes a “toda persona desde los doce años a los dieciocho años de edad cumplidos”, lo cual es de fundamental importancia a la hora de implementar derechos y responsabilidades para esta población.

### **3.3.3. Clasificación de la adolescencia.**

Según Valverde et al. (2002) los periodos en que los que se ha dividido la adolescencia para el mejor entendimiento del desarrollo de esta etapa son (Campos, RM. 2009):

---

---

**a. La adolescencia temprana:** Periodo ubicado entre los 10 a los 13 años de edad, presentan las siguientes características.

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

**b. La Adolescencia media:** Período ubicado entre los 14 y los 16 años, presenta las siguientes características:

- ✓ Mayor integración del nuevo esquema corporal junto a una mayor preocupación por su apariencia física.
  - ✓ Transición hacia una forma de pensamiento mucho más abstracta y simbólica.
  - ✓ Mayor capacidad para reconocer limitaciones y potencialidades lo que posibilita una capacidad más realista para pensar en proyectos futuros.
-

- 
- ✓ Mayor diferenciación respecto de los padres a quienes cuestiona en forma más abierta debido fundamentalmente a la consolidación de un sistema de valores propio.
  - ✓ Intensificación de los vínculos sociales aparejada a una mayor necesidad e importancia de las relaciones amistosas con los y las pares.
  - ✓ Inicio de las primeras experiencias de sexualidad genital.
  - ✓ La sexualidad es una de las áreas que cobra mayor relevancia en esta etapa.

**c. La Adolescencia tardía:** Ubicado entre los 17 y 19 años, se caracteriza por:

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

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

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

- 
- Elección de una ocupación para la que necesitarán adiestramiento y capacitación para su desempeño.
  - Necesidad de asumir un nuevo rol social como partícipe de una cultura o subcultura específica.

#### **3.3.4. Características generales de la Adolescencia.**

En esta etapa (Astúa, 1998), de manera general se pueden presentar ocho características principales que son las siguientes (Campos, R.M. 2004):

- a. Proyecto de vida:** El o la adolescente organiza su vida en función de sueños, y comienza a elaborar su estrategia para lograrlos; aunque muchas ideas y pensamientos iniciales surgieron desde su infancia. Este proyecto de vida será mediatizado por las posibilidades que el medio externo familiar y social ofrezcan y del esfuerzo del propio adolescente.
  - b. Sexualidad:** Es parte del proceso iniciado en las etapas anteriores de la vida, hay más necesidad de establecer una relación afectiva con otras personas, y como consecuencia de la maduración sexual se da la manifestación genital de la sexualidad (aparición de las primeras eyaculaciones y menstruaciones).
  - c. Crecimiento y Desarrollo:** Este es una continuación del proceso que comenzó en el momento de la fecundación, en esta etapa la velocidad de crecimiento es muy grande y el proceso de desarrollo adquiere características especiales, como lo son un incremento acelerado en la estatura y el peso y cambios en los tejidos y proporciones del cuerpo.
  - d. Búsqueda de Identidad:** La búsqueda del ser YO, se da un marcado e imprevisto reconocimiento de sus propias habilidades, por lo que lucha por adquirir mayor independencia y autonomía. Se da cuenta de que pertenece a una sociedad, a una cultura y a una familia y por lo tanto incorpora en su personalidad algunos de los valores manifiestos en estas.
-

- 
- e. Creatividad:** El o la adolescente posee una gran energía que debe ser encaminada a realizar actividades que le permitan explotar y estimular su gran capacidad creativa con el fin de que logre mejorar su autopercepción.
  - f. Autoestima:** El adolescente necesita fundamentalmente saber que los otros piensan bien de él, y que él se siente bien como persona con su cuerpo, sus afectos y sus ideas. En este aspecto es muy importante la relación que entablen con el grupo de pares.
  - g. Juicio Crítico:** En la adolescencia se produce una expansión de la capacidad de analizar críticamente el mundo que lo rodea, desarrollar una identidad más amplia y un fundamento más sólido de sus valores, sus pensamientos y sus efectos.
  - h. Proceso Educativo:** Este proceso inicia en la etapa intrauterina, prosigue durante la infancia con la educación informal realizada dentro de la familia y del entorno social y de la educación formal del período escolar, colegial y universitario. Todo esto se convierte en un importante insumo para desarrollar la capacidad de buscar nuevas posibilidades culturales y experimentar diversas fuentes de estimulación sensorial, que le faciliten “integrarse” a la vida y descubrir su propio “yo”. De esta forma, desarrolla nuevas formas de pensamiento que posibilitan una comprensión, más amplia e integradora, de los acontecimientos.

Una vez analizados los aspectos básicos de la adolescencia y sus características, se observa que la misma es un período de cambios constantes, por lo que se constituye en una población vulnerable para enfrentar situaciones difíciles. Por lo anterior se considera que recibir información adecuada sobre temas de interés podría beneficiar a personas en riesgo Campos, R.M. 2004).

### **3.3.5. La salud integral del adolescente.**

---

---

Para alcanzar el desarrollo pleno de la adolescencia es necesario que la sociedad asegure sus necesidades de salud, desarrollo y bienestar. La atención diferenciada a la Salud del adolescente, comienza a finales del siglo XX, inicialmente ligada a las teorías psicoanalistas de Freud y de Stanley Hall. En 1942, Greulich estableció un método científico para evaluar el crecimiento y desarrollo del adolescente y posteriormente con la sistematización de la evaluación de la maduración realizada por Tanner, sin dudas marcó un punto de correspondencia entre los deferentes especialistas (Pineda, S. Aliño, M. 2000).

La mortalidad por suicidio entre los adolescentes y jóvenes está incrementándose, particularmente en los varones, por lo que se hace impostergable su prevención eficaz. Para lograrlo es necesaria la promoción de salud, la protección específica de los grupos de riesgo, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y adecuado de aquellas afecciones que lleven al suicidio y al intento de autodestrucción en cualquiera de sus variantes (Pérez Barrero, S.A. 1999).

Este incremento hace necesario el desarrollo de efectivos programas de prevención, requiriendo la clara identificación de los factores de riesgo de la conducta suicida (Cañón, SC. 2011).

La salud integral del adolescente, es un concepto que abarca su condición biosicosocial, de género, enmarcada en el período del ciclo vital y familiar por el que transita y con satisfacción de sus necesidades de salud, desarrollo y bienestar social. Para lograr esta integralidad es necesario un enfoque clínico-epidemiológico y social en los programas y servicios de salud para adolescentes. Es imprescindible que las estrategias estén dirigidas a acciones de promoción de salud, prevención y no solamente a las curativas y de rehabilitación (Pineda, S. Aliño, M. 2000).

La promoción de salud para prevenir esta conducta debe involucrar no sólo a profesionales de la salud pública, sino a otras personas que se

---

---

relacionan, muchas veces durante mayor cantidad de tiempo, con los adolescentes, como son: los familiares, los maestros y los propios adolescentes (Pérez Barrero, S.A. 1999).

No todos los jóvenes que han vivido situaciones difíciles intentan suicidarse. Algunos de ellos manejan mejor que otros el estrés y la tensión. Hay quienes incluso aprenden de las situaciones difíciles y se fortalecen con ellas. A esa capacidad se le llama resiliencia (Walsh, 2004).

### **3.4. CONDUCTA O COMPORTAMIENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES.**

El suicidio entre los jóvenes es una tragedia que se menciona pocas veces en nuestra sociedad, suele callarse y evadirse pues nos enfrenta directamente con la realidad de que nuestros jóvenes encuentran la vida tan dolorosa que de forma consciente y deliberada se causan la muerte, es un tema que impacta y cuestiona nuestro sistema familiar y social; sin embargo, es importante encarar el problema y tratar de comprender las posibles razones para que un adolescente, con todo un futuro por vivir, acabe repentinamente con su existencia motivado por una situación, o en muchos casos un sufrimiento, que lo obliga a tomar tal decisión (Campos, R.M. 2004).

La literatura sobre el suicidio en adultos es abundante así como los datos descriptivos y epidemiológicos al respecto. No sucede lo mismo con la literatura sobre el suicidio en niños y en adolescentes, aunque en este último grupo poblacional se han hecho algunos esfuerzos por comprender el fenómeno. Incluso, se observa una limitada producción de información sistemática basada en la evidencia sobre el tratamiento óptimo del niño o del adolescente suicida (Cañón, SC. 2011).

La mayoría de ellos lo intenta a causa de un hecho detonante que, por lo general, ocurre en casa: un conflicto con los padres, acompañado de la sensación de no ser suficientemente apreciado y querido por quienes le rodean. Sin embargo, no se trata de una causa única, sino de una decisión que se va

---

---

construyendo a lo largo del tiempo, y que está acompañada de factores individuales, familiares y sociales (Rivera Heredia, 2010).

Es de suma importancia el conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto y cómo puede prevenirse. Debemos estar conscientes de que en el acto suicida siempre habrá una lucha interna entre el deseo de morir y el de seguir viviendo, y generalmente, la persona pedirá auxilio de una u otra forma. Por lo tanto si el comportamiento, ya sea verbal o no verbal, de un joven no revela que podría intentar suicidarse, hay que atender esas señales pues existe la posibilidad de ayudarlo o de buscar el apoyo de profesionales que pueden guiarlo a cambiar su perspectiva del problema o prevenir situaciones de emergencia (Campos, R.M. 2004).

#### **3.4.1. Manifestaciones del comportamiento suicida.**

El comportamiento suicida abarca las siguientes manifestaciones (Pérez Barrero SA.1996):

- a. El deseo de morir.** Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como: “la vida no merece la pena vivirla”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto” y otras expresiones similares.
  - b. La representación suicida.** Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.
  - c. Las ideas suicidas.** Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación:
-



- 
- ✓ Idea suicida sin un método específico, pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: “no sé cómo, pero lo voy a hacer”.
  - ✓ Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde\_ “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo”.
  - ✓ Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.
  - ✓ El plan suicida o idea suicida planificada, en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustenta dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.

**d. La amenaza suicida.** Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.

**e. El gesto suicida.** Es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.

**f. El intento suicida.** También denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se

---

---

hace daño a sí mismo.

**g. El suicidio frustrado.** Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.

**h. El suicidio accidental.** El realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no desea por el sujeto al llevar a cabo el acto. También se incluyen los casos en los que no se previeron las complicaciones posibles, como sucede en la población penal, que se autoagrede sin propósitos de morir, pero las complicaciones derivadas del acto le privan de la vida (inyección de petróleo en la pared abdominal, introducción de alambres hasta el estómago o por la uretra, etc.).

**i. Suicidio intencional.** Es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo desee morir o no, pues en este último caso estaríamos ante un suicidio accidental, en el que no existen deseos de morir, aunque el resultado haya sido la muerte.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional. Las ideas suicidas son muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida. El intento de suicidio es muy común entre los adolescentes con predisposición para esta conducta y se considera que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentan cerca de trescientos (Pérez Barrero SA.1996).

---

---

### **3.4.2. Factores de la conducta suicida.**

El suicidio es una conducta compleja en la que interviene múltiples factores y en la que existen tres fases: (García, E. y Peralta, V. 2002).

- a. Idea suicida en la que sujeto piensa en cometer el suicidio.
- b. Duda o fase de ambivalencia donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir.
- c. Decisión en la que ya pasa a la acción.

### **3.4.3. Etapas de la conducta suicida.**

Los futuros adolescentes con conducta suicida pueden tener tres etapas: (Cabra, OL. Infante, DC. Sossa, FN. 2010).

- a. Infancia problemática (engloba los factores predisponentes).
- b. Recrudescimiento de problemas previos, con la incorporación de los propios de la edad (cambios somáticos, preocupaciones sexuales, nuevos retos en las relaciones sociales y en el rendimiento escolar).
- c. Etapa previa al intento suicida, que se caracteriza por la ruptura inesperada de relaciones interpersonales. Generalmente etapa precipitante.

### **3.4.4. Clasificación de la conducta suicida.**

La conducta suicida se puede clasificar en cuatro tipos (Campos, R.M. 2004):

- a. La conducta suicida impulsiva, que generalmente se presenta después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo.
  - b. La sensación de que la vida no vale la pena, sentimiento que suele resultar de un estado depresivo. Aquí, la persona considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán.
-

- 
- c. Una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pensar que “no hay otra salida”.
  - d. El intento suicida como medio de comunicación, en donde el individuo no desea morir pero, quiere comunicar algo por medio del suicidio y, así cambiar la forma en que lo tratan las personal que lo rodean. También puede ser un intento por atraer el interés de los demás o un medio para expresar sus sentimientos de enojo.

Otra clasificación de la conducta suicida es la que da Schneiderman: (Gutiérrez, AG. Contreras, CM. Orozco, RC. 2006).

- a. La sensación de que la vida no vale la pena, sentimiento que resulta de un estado depresivo. El adolescente considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán.
- b. Una conducta suicida impulsiva que puede presentarse después de una desilusión de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo.
- c. Una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pesar que no hay otra salida.
- d. El intento suicida como medio de comunicación, en el que el adolescente no desea morir, pero quiere comunicar algo por medio del suicidio y cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean.

#### **3.4.5. Las señales directas de la conducta suicida.**

Entre algunas señales directas podemos mencionar: (Barberis, A. 2009).

- Si un adolescente comienza con una crisis en la que se valora la posibilidad de que incurra en suicidio debemos actuar con rapidez, ser directivo y protegerlo de que no realiza otra acción que involucre su autodestrucción.
  - Es importante pesquisar ideas o pensamientos de muerte.
  - Revisar notas escritas o grabaciones donde el adolescente haga referencia a sus intenciones o aun mas haya bosquejado un plan,
-

---

“no les seguiré siendo un problema”, “nada me importa”, “para qué molestarse” o “no te veré otra vez”.

- Es muy importante estar atento a las “llamadas de auxilio” verbales o no verbales mediante comportamientos dañinos, o a través de manipular a personas específicas para desencadenar culpa o vergüenza para provocar una respuesta particular.
- Si un adolescente dice “yo me quiero matar” o “yo me quiero suicidar” hay que actuar rápidamente en el sentido de poner a este adolescente en manos de alguien experimentado en el tema psiquiatra o médico a fin de que se puedan arbitrar las medidas necesarias como para que este niño-adolescente pueda recuperar su camino del desarrollo saludable.

#### **3.4.6. Las señales indirectas y preeditoras de la conducta suicida.**

Entre este tipo de señales podemos mencionar los siguientes: (Barberis, A. 2009).

- Deterioro de su aspecto externo, descuido de su higiene personal.
- Regalo de sus pertenencias más apreciadas a modo de herencia.
- Rebeldía, cambio en el estilo de personalidad, aburrimiento, apatía, indiferencia (hacia lo que antes lo entusiasmaba), impulsividad, violencia.
- Huidas de la casa, ausencias escolares.
- Dolencias físicas inexplicables.
- Deterioro en el trabajo escolar.
- Quejarse de ser “malo” o de sentirse “abominable”.
- Uso de drogas o de alcohol.
- Poca tolerancia de los elogios o los premios.

#### **4.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA.**

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 (Aja, I. 2007).

Según Valverde et al. (2001), se propone que la **vulnerabilidad** se refiere al estado continuo y cambiante de un individuo, familia, grupo o comunidad, resultante de factores protectores y de riesgo, los cuales determinan la mayor o menor probabilidad de que se presente uno o varios daños que atenten contra la salud, la calidad de vida y el desarrollo humano de ese individuo, familia, grupo o comunidad (Campos, R.M. 2004).

Tanto la conducta suicida como el suicidio consumado representan un importante problema de salud pública en todo el mundo, por lo que es importante conocer sus factores determinantes. La conducta autolítica es un acto complejo y no aleatorio en el que interviene factores sociodemográficos, psicológicos y biológicos. En este estudio se analizan los factores de riesgo más importantes de la conducta autolítica, tomando en cuenta siempre que este proceso viene precedido de ideaciones y planificación. Es necesario conocer bien estos factores para poder evaluar adecuadamente el riesgo autolítico, y en la medida de lo posible prevenir la conducta autolítica (García, E. y Peralta, V. 2002).

Los factores de riesgo se refiere a cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar su salud. En la mayoría de los casos, el suicidio es el resultado de la combinación de diversos factores, en lugar de uno solo aislado. La falta de un perfil personal consistente dificulta la identificación de los adolescentes que presentan riesgo de suicidio (Campos, R.M. 2004).

### **3.5.1. Factores bioquímicos del suicidio.**

Ni una perspectiva puramente sociológica o psicológica parece explicar adecuadamente las causas del suicidio. Es probable que estén implicados otros factores. Por ejemplo, en forma consistente con la evidencia fuerte de

---

---

que los neurotransmisores químicos están asociados con la depresión y la manía, así como la depresión está relacionado con la bioquímica. Se ha encontrado que el fluido espinal de algunos pacientes deprimidos contiene cantidades anormalmente bajas de 5HIAA (ácido 5 hidroxindoleacético), el cual es producido cuando la serotonina, un neurotransmisor que afecta los estados de ánimo y las emociones se desintegra en el cuerpo. Existe la evidencia de que los receptores de serotonina en el tallo cerebral y en la corteza frontal pueden estar deteriorados (Garduño, R. Gómez, KY. Peña, AJ. 2011).

No se puede decir exactamente cuáles son los verdaderos motivos para que un adolescente decida suicidarse, ya que debido a el trastorno bipolar ha habido jóvenes que aparentemente lo tenían todo en la vida; salud, una familia estable, un círculo amplio de amistades, un buen nivel académico y que a pesar de ello lo han intentado y han logrado salvarse gracias a los avances de la ciencia, ya que se ha detectado a tiempo el trastorno bipolar y puesto en tratamiento médico (Garduño, R. Gómez, KY. Peña, AJ. 2011).

### **3.5.1. Clasificación y/o División de los factores de riesgo.**

Se podría indicar, con un objetivo esquemático, que el comportamiento suicida se origina en cinco clases de factores que interactúan: (Campos, R.M. 2004).

- Biológicos.
- Rasgos de personalidad.
- Factores psicosociales o ambientales.
- Trastornos mentales.
- Historia familiar y genética.

Los factores de riesgo se pueden dividir en fijos y modificables. Evidentemente, un buen tratamiento psiquiátrico difícilmente modificará los riesgos fijos, tales como el intento previo de suicidio, los factores genéticos, los de género, edad y etnia, el estado civil, la situación

---

---

económica y la preferencia sexual. En cambio, los factores de riesgo modificable son, principalmente, la ansiedad y la depresión, sin restar importancia al acceso a los medios para cometer el suicidio, la interrupción de tratamientos médicos, el aislamiento social y las enfermedades crónicas. Es de destacar que la discapacidad asociada a los trastornos psiquiátricos suele conducir a pérdida de empleo y pobreza, a la ruptura de las relaciones personales y al aislamiento social, formando así un círculo vicioso (Gutiérrez, AG. Contreras, CM. Orozco, RC. 2006).

En otra clasificación, los factores de riesgo del suicidio se establecen como: 1) Los primarios, que incluyen los trastornos psiquiátricos antes mencionados y la enfermedad médica crónica. 2) Los secundarios, que son los factores que llevan a una actitud disfuncional, como la dificultad en la solución de problemas y el pesimismo. 3) Los terciarios, que incluyen los factores demográficos como la edad, el género, ciertos periodos vulnerables (periodo premenstrual y cambios estaciones) y el formar parte de un grupo socialmente minoritario que con frecuencia es perseguido o vetado (Gutiérrez, AG. Contreras, CM. Orozco, RC. 2006).

La clasificación que se tomar en cuenta, después de la revisión bibliográfica realizada para el estudio será el siguiente:

**a. Factores de riesgo no modificables (antecedentes).**

- ✓ Intentos anteriores (motivación, severidad, letalidad).
- ✓ Diagnóstico psiquiátrico (depresión, esquizofrenia).
- ✓ Intentos de autoeliminación en la familia.
- ✓ Muerte por suicidio en familiares o amigos.
- ✓ Muerte reciente de un familiar o amigo.
- ✓ Ruptura/divorcio de padres.
- ✓ Antecedente de violencia intrafamiliar.
- ✓ Antecedente de abuso sexual.

**b. Factores modificables.**

---



- 
- ✓ Uso/abuso de drogas y/o alcohol.
  - ✓ Falta de apoyo (familia o amigos).
  - ✓ Rechazo familiar.
  - ✓ Abuso de alcohol o drogas.
  - ✓ Problemas académicos (fracaso o sentirse presionado).
  - ✓ Disfunción familiar/conflictos parenterales.
  - ✓ Peleas/conflicto con los cuidadores.

**c. Depresión/Ansiedad.**

- ✓ Desprecio propio.
- ✓ Impulsividad, desregulación emocional.
- ✓ Baja autoestima, desprecio propio.
- ✓ Soledad, inadaptación social.
- ✓ Baja tolerancia, frustración.
- ✓ Dificultad para concentrarse.
- ✓ Impaciencia/Inquietud constantes.
- ✓ Enojo/Tristeza constantes.

**d. Ideación suicida.**

- ✓ Intención suicida/plan suicida.
- ✓ Conductas autodestructivas (actos peligrosos).
- ✓ Deseos de muerte.
- ✓ Deseos de autoagresión.

**e. Factores precipitantes.**

- ✓ Estrés vital (vida difícil).
  - ✓ Muerte reciente de amigo o familiar.
  - ✓ Pérdida de apoyo reciente.
  - ✓ Enojo/venganza/ira.
  - ✓ Confusión/tensión interna.
  - ✓ Ruptura de pareja.
  - ✓ Conflicto familiar reciente.
-

- 
- ✓ Estresor reciente.

**f. Mitos y/o Creencias.**

- ✓ Desesperanza (nada cambiará, nada saldrá bien).
- ✓ Visión negativa de asimismo (ser malo).
- ✓ Tremendismo.
- ✓ Insatisfacción en la vida.
- ✓ Visualizar la muerte como solución aceptable.
- ✓ Rigidez/perfeccionismo.
- ✓ Creencias religiosas.

**g. Factores protectores.**

- ✓ Apoyo familiar/grupal.
- ✓ Planes futuros.
- ✓ Familia adecuada.
- ✓ Recreación.
- ✓ Relación de pareja estable.
- ✓ Buena autoestima/auto eficacia.
- ✓ Uso de servicios de salud.
- ✓ Control psicológico.
- ✓ Satisfacción vital.
- ✓ Relaciones satisfactorias.
- ✓ Actitud positiva ante la vida.

Según la revisión internacional de la OMS, los principales factores de riesgo son:

- Enfermedades mentales (sobre todo depresión, alcoholismo y esquizofrenia).
  - Intentos previos de suicidio.
  - Pertenecer al género masculino.
  - Enfermedades físicas, sobre todo las crónicas, discapacitantes, dolorosas e incurables.
-

- 
- Baja tolerancia a la frustración, sumado a alta impulsividad.

### 3.5.3. Descripción de algunos factores de riesgo

En un artículo publicado en la Revista Chilena de Pediatría, se hace un recopilación basa en literatura científica, de los factores de riesgo asociados al intento suicida en niños y adolescentes, para delimitar los grupo de riesgo, con fines preventivos y terapéuticos (Garduño, R. Gómez, KY. Peña, AJ. 2011)

**a. El género y la edad;** los suicidios completados son más comunes entre los hombres, las mujeres tiene un mayor riesgo en las otras conductas suicidas. El riesgo de suicidio aumenta con la edad. El suicidio antes de los 15 años es inusual; la mayoría de los niños y adolescentes con conducta suicida presentan algún tipo de psicopatología. Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente asociados son: trastorno de ánimo, principalmente la depresión, abuso de sustancias y conductas antisociales. Las tasas de suicidio en adolescentes entre 10 y 15 años se han ido incrementando, principalmente de los 15 y 25 años. Mientras que los suicidios completados son más comunes entre los hombres, las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas. Los hombres utilizan medios más violentos y por lo tanto el intento de suicidio es más exitoso en ellos que en las mujeres; en cambio, en las mujeres es más prevalente el intento, ya que en ellas predomina la depresión.

**b. Las adversidades familiares;** contribuyen a incrementar el riesgo suicida. Ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar aparece como los factores más frecuentemente asociados a la conducta suicida, dichas circunstancias hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos

---

---

de eventos vitales estresante y/o depresión. La derivación oportuna, evaluación del funcionamiento familiar y el desarrollo de tratamientos efectivos en gente joven con morbilidad psiquiátrica pueden ser muy efectivos en reducir la conducta suicida. Algunos autores han demostrado que las personas nacidas en el último período del siglo veinte tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos del ánimo a temprana edad, factor de riesgo asociado frecuentemente con la conducta suicida. Otra probable explicación es el incremento de las tasas de divorcio en las últimas décadas.

**c. La depresión;** por sí misma es un factor de riesgo entre los adolescentes con conducta suicida, las dificultades en las relaciones familiares le otorga una contribución significativa independiente a este riesgo. Existe gran evidencia para apoyar una fuerte relación entre depresión y conducta suicida. Sin embargo, la interpretación de esta relación no es simple. Los trastornos depresivos de comienzo temprano frecuentemente se asocian con síntomas del trastorno de conducta, aún más, estudiados de conducta suicida en adolescentes ha demostrado una asociación significativa con trastornos no depresivos, como son conductas antisociales y uso de alcohol y/o drogas.

**d. Problemas conductuales;** múltiples estudios de conducta suicida muestran correlaciones significativas entre abuso de sustancias, conductas antisociales e intento de suicidio. Adolescentes con trastorno de conducta que intentaron suicidarse, frecuentemente niegan síntomas depresivos y posteriormente presentan lesiones autoinfligidas. Muchos adolescentes suicidas han tenido problemas legales y los adolescentes encarcelados están en extremo riesgo de suicidio. El intento de suicidio se ha asociado con otras conductas de riesgo como son conducta sexual promiscua, uso de sustancias, falta del uso de medidas de seguridad (por ejemplo, uso de cinturón de seguridad), violencia, inasistencia a clases, participación frecuente en peleas, uso de armas de fuego y

---

---

enfermedades de transmisión sexual. Estos resultados nos señalan la importancia de estar atento a la posibilidad de intento de suicidio en adolescentes impulsivos o con conducta agresiva impulsivo, que vienen de familias que evidencian bajos niveles de cohesión. Ellos pueden actuar impetuosamente sin pensar en las consecuencias. La conducta agresiva también se ha vinculado con la repetición del intento, la que a su vez se asocia con suicidio completado. Un 4% de los repetidores logran suicidarse, comparado con solo 1% entre pacientes con un solo intento. Los altos niveles de agresión en pacientes severamente deprimidos pueden aumentar significativamente el riesgo de recidiva.

- e. La ansiedad;** ha sido identificada como un importante factor de riesgo de la conducta suicida en adultos. Estudios con adolescentes muestran resultados mixtos: Algunos estudios muestran que los intentadores de suicidio, en comparación con otros pacientes psiquiátricos ambulatorios, exhiben mayores niveles de ansiedad (38% Vs. 22%), aunque esta diferencia no fue significativa; otro estudio muestra que los ideadores suicidas deprimidos (de los cuales 39% tenía ya un intento de suicidio) manifestaron altos niveles de ansiedad (76.4%), pero estos niveles no fueron significativamente diferentes de adolescentes deprimidos no suicidas; otros resultados muestran que los varones que expresaban pensamientos suicidas en ausencia de actos, eran más ansiosos que los intentadores de suicidio. Esto se puede interpretar que el intento de suicidio en los varones reduce síntomas, disminuyendo de esta manera la ansiedad después del acto. Consistente con esto, Andrews y Lewinsohn (1992) encontraron una asociación significativa entre trastornos ansiosos e intento de suicidio en hombre, pero no en mujeres.

### **3.6. RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.**

A continuación se presentan una serie de recomendaciones para la prevención

---

---

del suicidio propuestas por Singh y Jenkins (2000):

- Brindar atención médica psicológica lo más pronto posible a las personas que han intentado suicidarse y darle continuidad al tratamiento indicado.
- Identificar a las personas de alto riesgo y con muchos sucesos de vida estresantes acumulados a lo largo de la vida para proporcionarles tratamiento preventivo.
- Identificar y dar tratamiento oportuno a las personas con cuadros depresivos.
- Dado que con frecuencia el intento suicida puede asociarse con el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas, se recomienda intentar evitar su consumo, como una estrategia preventiva.
- Estar atentos al factor emocional asociado con las enfermedades psicosomáticas.
- Que los amigos y familiares proporcionen apoyo a las personas que atraviesan crisis personales, como la pérdida de empleo, el fallecimiento de un ser querido, la experiencia de separación o divorcio, entre otras.
- Evitar el aislamiento o encierro de las personas dentro de su propia casa.
- Tener ambientes familiares, escolares y laborales más flexibles y que hagan sentir más aceptados a sus integrantes.

Para finalizar, retomaremos las reflexiones descritas en el libro Psicología y comunicación visual, Estrategias para la prevención del suicidio (Rivera Heredia, 2010).

Cuando se tiene una perspectiva presente y futura limitada por las distorsiones cognitivas asociadas con la depresión o por los arranques de la conducta impulsiva, cuando ha faltado entrenamiento en tolerancia a la frustración y en solución de problemas, y se ha rodeado al adolescente de entornos estresantes, se abre la posibilidad de contemplar al suicidio y al intento suicida como una señal de que algo está ocurriendo en diferentes niveles de nuestra sociedad, que se refleja en conductas autodestructivas en los adolescentes.

---

---

Para promover la salud, y prevenir el suicidio en los adolescentes, se requiere habilitar las capacidades individuales como la resiliencia, el autocontrol. La autoeficacia, la autoestima; habilitar los recursos comunitarios, al generar espacios que favorezcan el crecimiento óptimo de sus individuos y los provean de redes de apoyo, en sí de entornos saludables, también es necesario trabajar en crear políticas que favorezcan la salud en general.

A nivel familiar, es necesario disminuir los conflictos en casa, procurar ambientes familiares que sean percibidos por los hijos como cálidos, armónicos ya agradables, construir un sentimiento de unión y apoyo entre sus integrantes y favorecer la expresión de ideas y emociones en el interior de la misma familia.

A nivel social, se requiere trabajar construyendo comunidades contenedoras, en donde la escuela juegue un papel fundamental, además de espacios para los adolescentes en donde puedan divertirse, y aprender otros aspectos de la vida además de los académicos, como el arte, el deporte y el juego. También dentro del ámbito social se requiere trabajar en la generación de políticas públicas que disminuyan la contradicción social a la que están sometidos los jóvenes: al crecer en un mundo que les ofrece pocas posibilidades de empleo, salud y educación, además de múltiples problemas de seguridad y economía.

El trabajo, multidisciplinar e interdisciplinar en materia de promoción de salud y prevención del suicidio mediante el fortalecimiento de recursos personales, familiares y sociales, tendrá que ser un reto y compromiso a futuro, si queremos garantizar un mejor ambiente para los niños y los jóvenes de Bolivia y del mundo.

En conclusión, el suicidio es un problema grave de salud pública y requiere atención especial. La investigación más reciente señala que la prevención del suicidio, si bien es posible, comprende una serie de actividades que incluyen, por lo menos, la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de los niños y los jóvenes. También se debe contar con el personal médico que permita lograr la detección y el tratamiento eficaz de los trastornos subyacentes,

---

---

y tener control medioambiental de los factores de riesgo y, desde luego, la eliminación de los medios para consumarlo (Gutiérrez, AG. Contreras, CM. Orozco, RC. 2006).

---



## **CAPÍTULO IV**

---

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **4.1. TIPO DE ESTUDIO.**

Para el logro de los objetivos y confirmación o no de la hipótesis de investigación, se desarrolló un estudio de corte cuantitativo, de tipo no

---

---

experimental y de diseño transeccional (transversal) descriptivo e interpretativo, de acuerdo a la clasificación establecida por Hernández, Fernández y Baptista (2006).

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 sociales en donde se observará relaciones causales desde una perspectiva mecanicista.

Por ser una investigación no experimental, no se realizó la manipulación deliberada de variables, sólo se observaron los fenómenos en su ambiente natural para después estudiarlos y analizarlos para obtener la prevalencia de la Ideación y Riesgo suicida en el grupo de investigación, además se observó el comportamiento de algunos factores asociados a esta temática en estudio, realizando toda la investigación en un único periodo de tiempo comprendido entre los meses de Julio a Septiembre del presente año.

#### **4.2. POBLACIÓN Y LUGAR.**

La cantidad de población comprendida entre los 10 a 19 años proyectada para el año 2011, en el municipio de La Paz, en el sexo femenino es de 85.365 adolescentes, en el sexo masculino es de 89.018 adolescentes, los cuales hacen un total de 174.383 adolescentes (INE<sup>7</sup> 2001).

De los cuales según el Anuario del GAML<sup>8</sup> (2010) estuvieron matriculados en instituciones educativas de nivel secundario, fue según el sexo masculino y femenino de 30.949 y 30,919 estudiantes respectivamente y según el tipo de institución educativa, estatal y privada de 41.964 y 19.904 estudiantes respectivamente, distribuidos en los siete Macrodistrictos Urbanos (Centro,

---

<sup>7</sup>Instituto Nacional de Estadística.

<sup>8</sup>Gobierno Autónomo Municipal de La Paz.

---

Cotahuma, Max Paredes, Periférica, San Antonio, Sur y Mallasa) existentes en el Municipio de La Paz.

Por lo que finalmente nuestro universo de estudio estuvo integrado por estudiantes adolescentes de ambos sexos entre 12 a 18 años<sup>9</sup>, de nivel secundario del municipio de La Paz según el año lectivo 2013, que se encuentran cursando en Unidades educativas públicas y privadas, en el tercer trimestre (Julio, Agosto y Septiembre) del presente año, las cuales ascienden aproximadamente a 61868 estudiantes.

#### 4.3. MUESTRA.

El cálculo de tamaño muestral se estimó con un nivel de confianza del 95.0% ( $\alpha= 0,05$ ;  $Z_{\alpha}= 1,96$ ), un error máximo admitido del 2,7 % y un valor de prevalencia –de ideación suicida– conocido por bibliografía revisada del 30,5%; según nuestro universo de estudio el tamaño de muestra necesario fue de 1097 estudiantes adolescentes. En la tabla 1 se observa el resultado del cálculo realizado.

<b>TABLA N° 3. RESULTADOS OBTENIDOS DEL CALCULO DE MUESTRA EN EPI-INFO</b>	
<b>Nivel de confianza</b>	<b>Tamaño de Muestra</b>
80%	474
90%	777
<b>95%</b>	<b>1097</b>
99%	1871
99,9%	2996
99,99%	4109

El tamaño de muestra fue calculado empleando el *software* de análisis epidemiológico EPI-INFO<sup>10</sup> 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

<sup>9</sup>Se escoge esta franja etaria en relación a lo que estipula la legislación Boliviana (Artículo 2° del Código del Niño, Niña y Adolescente, 1999).

<sup>10</sup>Programa procesador de palabras, base de datos y estadístico para Salud Pública.

---

Control de Enfermedades de Atlanta, USA y se la puede obtener en las oficinas respectivas o en línea sin costo para el interesado.

Una vez obtenida la cantidad de muestra para el estudio, se procedió a realizar el tipo de muestreo estadístico No Probabilístico (o de conveniencia, donde se desconoce la probabilidad que tiene cada elemento de ser elegido por la muestra), de característica Accidental (que estén disponibles en el momento), en función de a su aceptación, apertura y disponibilidad de tiempo de las Unidades Educativas, además del interés para trabajar con la investigación de parte de estas. Las cuales necesariamente pertenecieron a todos los macrodistritos urbanos del municipio de La Paz, en ambos turnos (matutino y vespertino) y en dos tipos de instituciones (estatales y privados).

#### **4.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

##### **4.4.1. Criterios de Inclusión.**

Se tomara en cuenta solamente:

- ✓ Estudiantes de ambos sexos comprendidos entre los 12 y 18 años.
- ✓ Estudiantes que se encuentran cursando el nivel secundario.
- ✓ Estudiantes que pertenezcan a instituciones estatales y privadas.
- ✓ Estudiantes que pertenezca al turno matutino y vespertino.
- ✓ Instituciones que firmen la autorización para la investigación.
- ✓ Adolescentes que firmen el asentimiento informado.

##### **4.4.2. Criterios de Exclusión.**

Serán excluidos del estudio:

- ✓ Todos aquellos que no cumplan los criterios de inclusión.
  - ✓ Aquellas encuestas llenadas de manera inadecuada.
  - ✓ Los que respondieron menos del 90% de los reactivos o interrogantes del instrumento.
-

---

## 4.5. VARIABLES.

Las variables seleccionadas como posibles factores pronósticos del riesgo suicida en los estudiantes adolescentes se eligieron en base a la bibliografía consultada:

### 4.5.1. Variable Dependiente.

- **Grado de Riesgo Suicida**, variable de tipo cuantitativa que será identificada como Riesgo Bajo, Medio y Alto.

### 4.5.2. Variables Independientes.

Las variables independientes fueron **11 factores asociados** al riesgo suicida, que son los siguientes:

- **Género**: Variable de tipo cualitativa, nominal dicotómica.
- **Edad**: Variable de tipo cuantitativa continua, medible en años.
- **Tipo de Unidad Educativa**: de tipo cualitativa, nominal dicotómica.
- **Nivel de Escolaridad**: Variable de tipo cualitativa nominal.
- **Macrodistrito de Residencia**: Variable de tipo cualitativa.
- **Ocupación del Adolescente**: Variable de tipo cualitativa.
- **Ocupación del Adulto a cargo**: Variable de tipo cualitativa.
- **Baja Autoestima**: Variable de tipo cualitativa.
- **Desesperanza**: Variable de tipo cualitativa.
- **Incapacidad para afrontar emociones**: Variable de tipo cualitativa.
- **Soledad y Sufrimiento social**: Variable de tipo cualitativa.
- **Ideación suicida**: Variable de tipo cualitativa.

## 4.6. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

El instrumento que se aplicó para la obtención y recogida de datos para la investigación fué mediante la aplicación de una encuesta prediseñada y estructurada que consta de dos partes, la primera se trata de una encuesta socio-demográfica empleada para describir las características de la muestra

---

---

(para relevar información socio-descriptiva y situaciones vitales) y a continuación el test denominado Inventario de Orientaciones Suicidas en Adolescentes (ISO – 30<sup>11</sup>) (Anexo A).

La parte socio-demográfica consta de ocho variables de estudio que son: el género, edad, tipo de unidad educativa, unidad educativa al que pertenece, nivel de escolaridad, macrodistrito de residencia, ocupación del estudiante y ocupación del tutor o adulto a cargo.

El ISO – 30 fue creada por los doctores en Medicina y Psicología King, J.D. & Kowalchuk, B. respectivamente en el año 1994, traducida y adaptada al medio iberoamericano por la UBA<sup>12</sup>, por la Psicólogas Fernández Liporace & Casullo en 2006, los datos disponibles evidencian una adecuada consistencia interna (Alfa de Crombach) del instrumento total ( $\alpha=.87$ ), y un adecuado poder de discriminación de los ítems y estudios de test-retest. Evalúa la orientación suicida del examinado y en virtud 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.

Desde un punto de vista formal, se trata de un instrumento compuesto por 30 ítems, formulados de 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 y 3 =totalmente de acuerdo). Es una escala que indaga la presencia de factores de riesgo vinculados a ideación y comportamientos suicidas relacionados con cinco dimensiones o subescalas: Baja autoestima (ítems 1, 6, 11, 16, 21, 26), Desesperanza (ítems 2, 7, 12, 17, 22, 27), Afrontamiento o Incapacidad para afrontar emociones (ítems 3, 8, 13, 18, 23, 28), Soledad y abatimiento (ítems 4, 9, 14, 19, 24, 29) e Ideación suicida que corresponden a reactivos que se consideran críticos (ítems 5, 10, 15, 20, 25, 30).

---

<sup>11</sup> *Adolescent Inventory of Sucida Orientation – 30*, (Minniapolis, EE.UU. National Computer Systems)

<sup>12</sup> Universidad de Buenos Aires

---

---

Cada uno de ellas es evaluado por medio de seis preguntas con una calificación entre 0 y 3, que emplea dos vías para determinar el riesgo suicida, foco de atención de esta investigación. La puntuación total arrojada presenta una medida de orientación suicida general que se interpreta así: entre 0 y 30, riesgo suicida baja; de 31 a 44, riesgo suicida medio y de 45 a 90, riesgo suicida alto. Por otra parte, independientemente de la puntuación total obtenida, haber marcado afirmativamente tres o más ítems críticos (indicadores de presencia de ideación suicida) supone también la presencia de alto riesgo. Además las subescalas se analizan de la siguiente manera: riesgo bajo para los puntajes entre 0 y 6; moderado entre 7 y 9; alto de 10 en adelante.

#### **4.7. COLECCIÓN Y REVISIÓN DE DATOS.**

Para la aplicación de las encuestas inicialmente se procedió a obtener el visto bueno y autorización mediante un Consentimiento Informado del representante legal de la Unidad Educativa que participó de la investigación, seguidamente según la disponibilidad de tiempo se realizó la valoración por grupos áulicos habituales de clase, durante el horario escolar, para finalmente proceder a administrar la encuestas en los estudiantes (objeto de estudio) para su voluntaria y libre participación, previa firma de un consentimiento informado, supervisados por el autor de la investigación. El tiempo promedio de aplicación del instrumento fue entre 15 a 20 minutos.

Las Unidades Educativas a través de su representante legal, que tuvieron el interés y desprendimiento para realizar la tesis fueron en orden alfabético las siguientes: U.E. América (Prof. Víctor E. Flores A.), U.E. Amoretti (Prof. Zulema Arce Ortiz), U.E. Franciscana Fray Bernardino de Cárdenas (Prof. Mario Castrillo B.), U.E. Boliviano-Noruego (Prof. Heriberto Quiroz Espejo), U.E. Armando Escobar Uría “B” (Lic. Pacífico C. Machaca A.), U.E. Domingo Faustino Sarmiento (Prof. Alcibíades Beltrán Ch.), U.E. Fuerzas Armadas de la Nación “B” (Lic. Wilde Ciro Loayza M.), U.E. Hermann Gmeiner (Prof. Jaime A. Guzmán M.), U.E. Jerusalem (Prof. Olga Laura Q.), U.E. Loretto (Lic. Jorge Ayala Claros), U.

---

---

E. Mallasa (Lic. Sabina Patzi Churqui), U.E. Max Valdivia (Prof. Sabino Lino Choque), U.E. República de Colombia (Lic. Ana María Morales Torrez) y la U.E. República de Francia “A” (Lic. Rodolfo Paz Villalba) (Anexo D).

Una vez concluido el proceso de colección de datos, en total se realizó 1200 encuestas en dos tipo de instituciones (estatales y privados), de dos turnos (matutino y vespertino), en los 7 Macrodistrictos Urbanos de la ciudad de La Paz (Centro, Cotahuma, Max Paredes, Periférica, San Antonio, Sur y Mallasa), durante el tercer trimestre de 2013 (Julio, Agosto y Septiembre).

Cada encuesta fue revisada para verificar la calidad de los datos recogidos, se elimino según criterios de exclusión (90 encuestas), por lo que el tamaño de la muestra de 1200 pasó a 1110 encuestas, a ser sometidos al análisis estadístico epidemiológico descriptivo e inferencial.

#### **4.8. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS.**

A partir de la aplicación del 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* Epi – Info versión 6,04 en español (CDC, Atlanta, GA. USA 1996).

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

1. Para el **primer objetivo específico** se procedió a realizar una caracterización de la encuesta socio-demográfica (género, edad, unidad educativa, tipo de institución, nivel de escolaridad, macrodistrito de residencia, ocupación del adolescente y 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 el **segundo objetivo específico** se procedió mediante la base de datos a cuantificar los resultados obtenidos en la Escala ISO – 30, al tipo de riesgo suicida (bajo, medio y alto) al que pertenecen los participantes que ingresaron al estudio, con sus dos formas de calificación no excluyentes: una puntuación cuantitativa (total o bruta) y por la identificación de los ítems críticos (indicadores de ideación suicida activa); para finalmente realizar una análisis de frecuencias de tipo descriptivo y medidas de riesgo absoluto (prevalencia).
3. Para el **tercer objetivo específico** 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 y abatimiento e Ideación suicida) presentes en la Escala ISO – 30, según a la calificación al que pertenecen (bajo, medio y alto), así realizar una análisis de frecuencias de tipo descriptivo y medidas de riesgo absoluto (prevalencia).
4. Para el **cuarto objetivo específico**, una vez ya obtenidos los dos primeros objetivos específicos (caracterización sociodemográfica y resultados finales de riesgo suicida), se procedió a realizar un estudio comparativo de las distintas variables independientes según el resultado de la variable dependiente, mediante el uso de gráficos estadísticos.

También se procedió a utilizar el sub programa “Statcal” del programa Epi Info versión 6,04 en español, empleando tablas de asociación 2x2 (de doble entrada). La variable “riesgo suicida” fue analizada como la presencia de Enfermedad (Disease), donde quienes sacaron la calificación de riesgo suicida alto y moderado fueron considerados como “positivos” y los que tuvieron calificación de riesgo suicida bajo como “negativos” y cada factor asociado (variables independientes) como el Expuesto (Exposure).

---

---

Finalmente se realizó los cálculos para obtener los resultados (medidas de asociación y medidas de significación estadística), así mediante un análisis univariado obtener el Odds Ratio (OR) con sus respectivos Intervalo de Confianza del 95% (IC = 95%) y la probabilidad ( $p \leq 0,05$ ), como definición del nivel de significancia y así establecer el grado de asociación existente entre las variables de estudio.

#### **4.9. ASPECTOS ÉTICOS.**

En primera instancia se procedió a tener una entrevista con el representante legal de la Unidad Educativa que participaron en el estudio, a quien se brindó toda la información de la investigación, además se estuvo abierto a todas las interrogantes y satisfacer las mismas, por lo que se obtuvo su visto bueno y autorización mediante firma y sellos de un Consentimiento Informado (Anexo B), para que los estudiantes de la institución participen en el llenado de los cuestionarios.

Al estudiante adolescente se le proporcionó una hoja de Asentimiento Informado (Anexo C), para la libre participación de estos, los que participaron estamparon sus datos de identificación (nombre y apellidos, Carnet de Identidad y Firma). Ambos formatos utilizados, se basaron en el propuesto por el comité ético científico de la Universidad de Costa Rica.

No se vio conveniente recabar un consentimiento informado por parte del tutor o adulto a cargo del estudiante por la inviabilidad del mismo, además de que se trata de una investigación no experimental, en el que solo se procedió a realizar el recogido de datos en forma anónima. Así lo argumenta el equipo de investigación del proyecto Educación de la Afectividad y Sexualidad Humana del Instituto Cultura y Sociedad (ICS) de la Universidad de Navarra en un artículo publicado el 10 de enero de 2013, en la revista BMC Medical Ethics con el título "*Observational research with adolescents: a framework for the management of the parental permission*".

---

## **CAPÍTULO V**

---

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

---

---

## 5.1. RESULTADOS.

El número total de encuestas realizadas en estudiantes adolescentes del Municipio de La Paz fueron en total 1200, de las cuales fueron restadas 90 encuestas, según criterios de exclusión como ser el llenado inadecuado y los que respondieron menos del 90% de los reactivos del instrumento, por lo que finalmente nuestra muestra pasó a ser 1110 adolescentes.

A continuación se presenta los resultados obtenidos con el instrumento y técnicas aplicadas para la realización de la investigación, el proceso de presentación de resultados está de acuerdo a los objetivos específicos planteados dando salida a los mismos, haciendo uso de tablas y figuras.

### **Resultado N° 1:**

Para cumplir el primer objetivo se llevó a cabo un análisis descriptivo de frecuencias para describir las características socio-demográficas de los participantes, donde de acuerdo a la Tabla N° 4, la población estudiada estuvo compuesta por estudiantes adolescentes del nivel secundario, de ambos sexos de los cuales un 51,9% (n=576) fueron del sexo femenino y 48,1% (n=534) al masculino, con edades comprendidas entre los 12 a 18 años (M = 15,8 años; DE = 1,29), correspondiendo la mayoría a los 16 años (moda), seguida esta categoría por quienes tenían 17, 15, 14, 18, 13 y 12 años al momento de la evaluación.

El total de participantes fue extraído de 14 Unidades Educativas representativos del Municipio de La Paz (el 50,5% eran instituciones públicas y el 49,5% eran instituciones privadas), en dos turnos (matutino y vespertino), realizándose en promedio 79,28 encuestas por institución, evidenciándose la menor cantidad con 63 encuestas en la U.E. América y la mayor con 97 encuestas en la U.E. Bernardino de Cárdenas.

Con respecto a la distribución por curso, se pudo encontrar que la mayor parte de los encuestados se encontraban cursando el quinto de secundaria con unos 36,5%, seguidos por el cuarto, sexto y tercero con 24,2%, 19,5% y 16,8%

---

respectivamente. Los niveles con menos cantidades de participantes fueron el segundo de secundaria con un 1,8% y el primero con 1,3%.

Respecto a los lugares de residencia se verifico que la mayor cantidad de los objetos de estudio, con un 21,4% habita en el Macrodistrito de San Antonio, la gran mayoría se distribuye de manera equitativa entre los demás Macrodistritos, con excepción del Centro que sólo llegó a obtener un 6,1%.

La proporción de estudiantes que trabajan alcanza un escaso 8,6%, los cuales realizan sus actividades en ocupaciones de mínima calificación, mientras que el 91,4% no tiene otra actividad aparte de su estatus de estudiante.

Por otro lado, la distribución de ocupación del tutor o adulto a cargo muestra que la mayoría de los progenitores o encargados de estos estudiantes poseen una actividad manual (labores de casa, albañiles, carpinteros, mecánicos, artesanos, obreros, etc.) con un 42,8%, seguido de las actividades mixtas (técnicos medios, técnicos superiores, empleados públicos, militares y policías de bajo rango, etc.) con un 18,6%, los que desarrollan una actividad intelectual (profesionales, empresarios, oficiales militares y policías, etc.) presentan un 15,9%, finalmente un importante porcentaje se llevan los estudiantes que desconocen o no contestan a esta variable con un 22,7%.

**TABLA N° 4. VARIABLES SOCIO-DEMOGRAFICAS (INDEPENDIENTES) Y RELACIÓN DE ESTAS CON EL TIPO DE RIESGO SUICIDA, DE LOS ESTUDIANTES DEL MUNICIPIO DE LA PAZ, TERCER TRIMESTRE DE 2013**

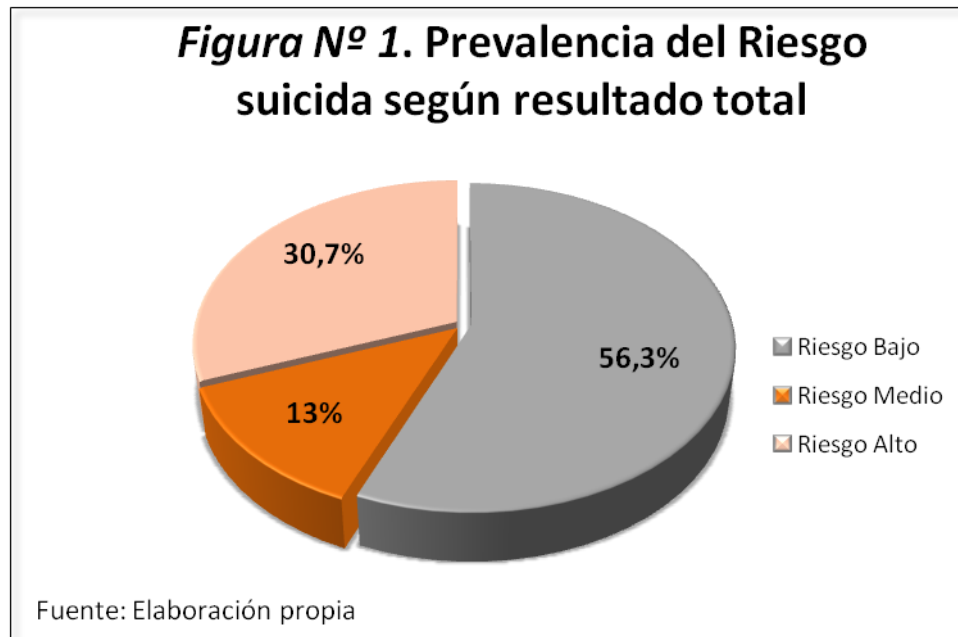
<b>Variable Independiente</b>	<b>Casos (n=1110)</b>	<b>Casos (%)</b>	<b>Riesgo Bajo (%)</b>	<b>Riesgo Medio (%)</b>	<b>Riesgo Alto (%)</b>
<b>Género</b>					
<b>Femenino</b>	576	(51,9)	(52,6)	(32,1)	(15)
<b>Masculino</b>	534	(48,1)	(61)	(29,2)	(9,8)
<b>Edad (años)</b>					
<b>12</b>	10	(0,9)	(60)	(30)	(10)
<b>13</b>	30	(2,7)	(56,7)	(33,3)	(10)
<b>14</b>	136	(12,3)	(47,1)	(36)	(16,9)
<b>15</b>	217	(19,5)	(54,4)	(30,4)	(15,2)
<b>16</b>	364	(32,8)	(52,7)	(34,3)	(13)
<b>17</b>	244	(22,0)	(65,2)	(25,4)	(9,4)
<b>18</b>	109	(9,8)	(63,3)	(23)	(13,7)

<b>Tipo de U. Educativa</b>					
<b>U.E. Estatal</b>	561	(50,5)	(51,7)	(34,4)	(13,9)
<b>U.E. Particular</b>	549	(49,5)	(61)	(26,9)	(12,1)
<b>U.E. Estatales</b>					
<b>Escobar Uria “B”</b>	76	(6,8)	(42,3)	(34,2)	(23,7)
<b>Faustino Sarmiento</b>	92	(8,3)	(56,5)	(31,5)	(12)
<b>FF.AA. Nación “B”</b>	84	(7,6)	(56)	(35,7)	(8,3)
<b>Mallasa</b>	77	(6,9)	(50,6)	(37,7)	(11,7)
<b>Max Valdivia</b>	76	(6,8)	(50)	(35,5)	(14,5)
<b>Rep. Colombia</b>	80	(7,2)	(46,2)	(36,3)	(17,5)
<b>Rep. Francia “A”</b>	76	(6,8)	(59,2)	(30,3)	(10,5)
<b>U.E. Privadas</b>					
<b>América</b>	63	(5,7)	(49,2)	(33,3)	(17,5)
<b>Amoretti</b>	77	(6,9)	(76,6)	(13)	(10,4)
<b>Bernardino Cárdenas</b>	97	(8,7)	(59,8)	(27,8)	(12,4)
<b>Boliviano Noruego</b>	78	(7,0)	(70,5)	(24,4)	(5,1)
<b>Hermann Gmeiner</b>	81	(7,3)	(54,3)	(27,2)	(18,5)
<b>Jerusalem</b>	76	(6,8)	(56,6)	(34,2)	(9,2)
<b>Loretto</b>	77	(6,9)	(58,4)	(29,9)	(11,7)
<b>Nivel de Escolaridad</b>					
<b>Primero Secundaria</b>	14	(1,3)	(57,1)	(35,8)	(7,1)
<b>Segundo Secundaria</b>	20	(1,8)	(35)	(25)	(40)
<b>Tercero Secundaria</b>	186	(16,8)	(47,3)	(36)	(16,7)
<b>Cuarto Secundaria</b>	269	(24,2)	(49,1)	(37,9)	(13)
<b>Quinto Secundaria</b>	405	(36,5)	(60,5)	(28,6)	(10,9)
<b>Sexto Secundaria</b>	216	(19,5)	(67,1)	(21,3)	(11,6)
<b>Macrodistrito Residencia</b>					
<b>Centro</b>	68	(6,1)	(72,5)	(19,1)	(8,8)
<b>Cotahuma</b>	148	(13,3)	(64,8)	(23)	(12,2)
<b>Mallasa</b>	151	(13,6)	(51)	(33,1)	(15,9)
<b>Max Paredes</b>	172	(15,5)	(52,3)	(35,5)	(12,2)
<b>Periférica</b>	156	(14,1)	(56,4)	(31,4)	(12,2)
<b>San Antonio</b>	237	(21,4)	(51,9)	(32,1)	(16)
<b>Sur</b>	178	(16,0)	(57,3)	(32,6)	(10,1)
<b>Ocupación Adolescente</b>					
<b>No trabaja</b>	1015	(91,4)	(57,5)	(30,1)	(12,4)
<b>Si trabaja</b>	95	(8,6)	(43,2)	(37,9)	(18,9)
<b>Ocupación Adulto a cargo</b>					
<b>Intelectual</b>	177	(15,9)	(65)	(25,4)	(9,6)
<b>Manual</b>	475	(42,8)	(51,6)	(34,1)	(14,3)
<b>Mixto</b>	206	(18,6)	(56,3)	(28,6)	(15,1)
<b>No contesta</b>	252	(22,7)	(59,1)	(29,8)	(11,1)
<b>Totales</b>	1110	Todas las Variables independientemente al 100%			
<b>Fuente: Elaboración propia</b>					

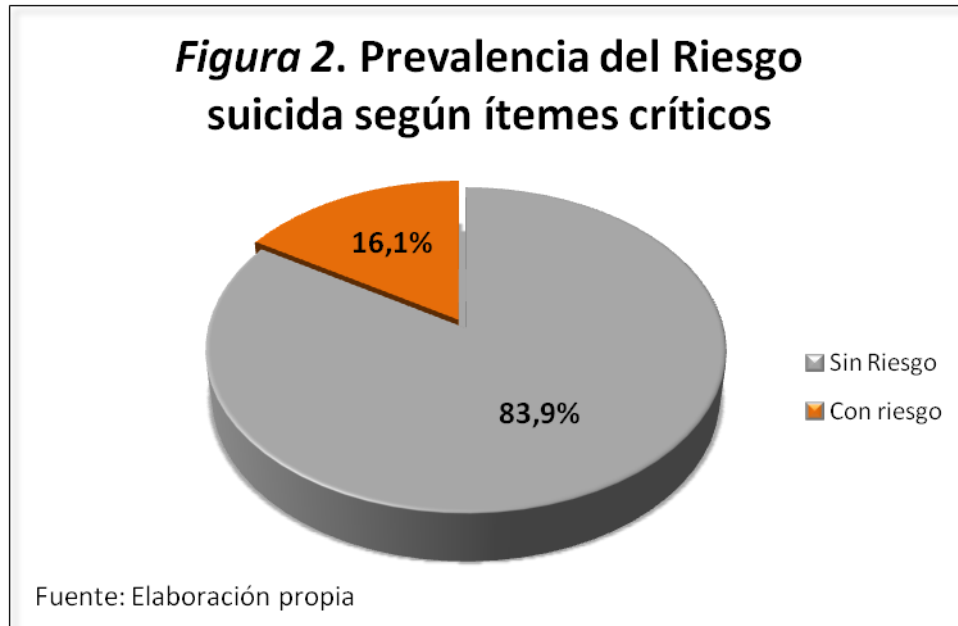
**Resultado N° 2:**

A partir de la aplicación del instrumento ISO – 30, se obtuvo información que fue organizada de acuerdo a la presencia de riesgo suicida planteadas en esta investigación, 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 verificó los siguientes niveles de riesgo suicida, un 56,3% (n=625) “bajo”, un 30,7% (n=341) “medio” y el 13% (n=144) restante en “alto” (Figura N° 1). Además, se puede evidenciar independientemente en qué tipo de riesgo suicida se enmarca cada variable en estudio en la Tabla N° 4.

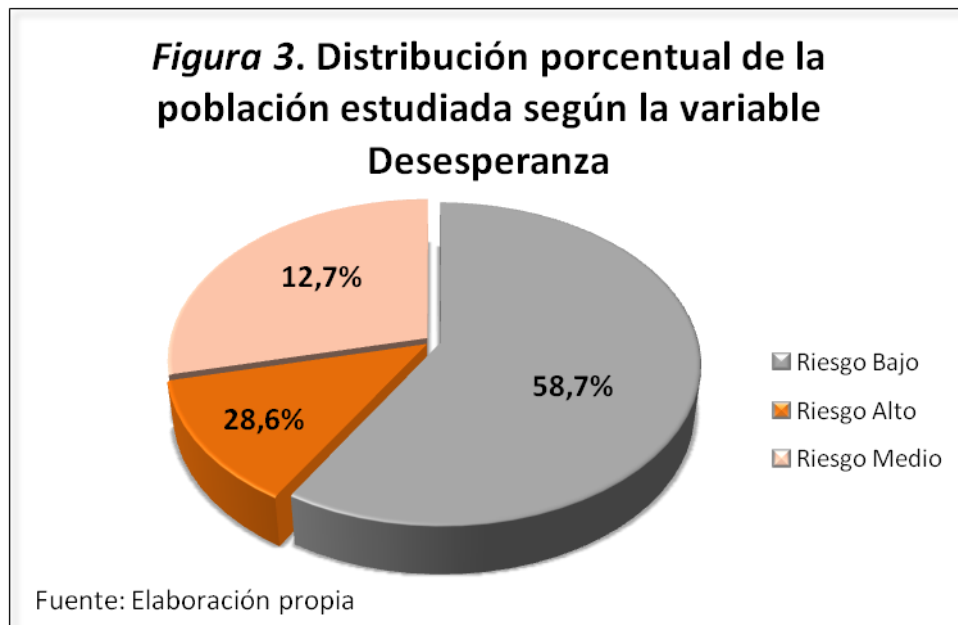


En relación a la segunda vía de cuantificación, calificaron que en un 83,9% (n=931) está “ausente” la ideación suicida y que el 16,1% (n=179) esta “presente” algún tipo de ideación suicida. (Figura N° 2).



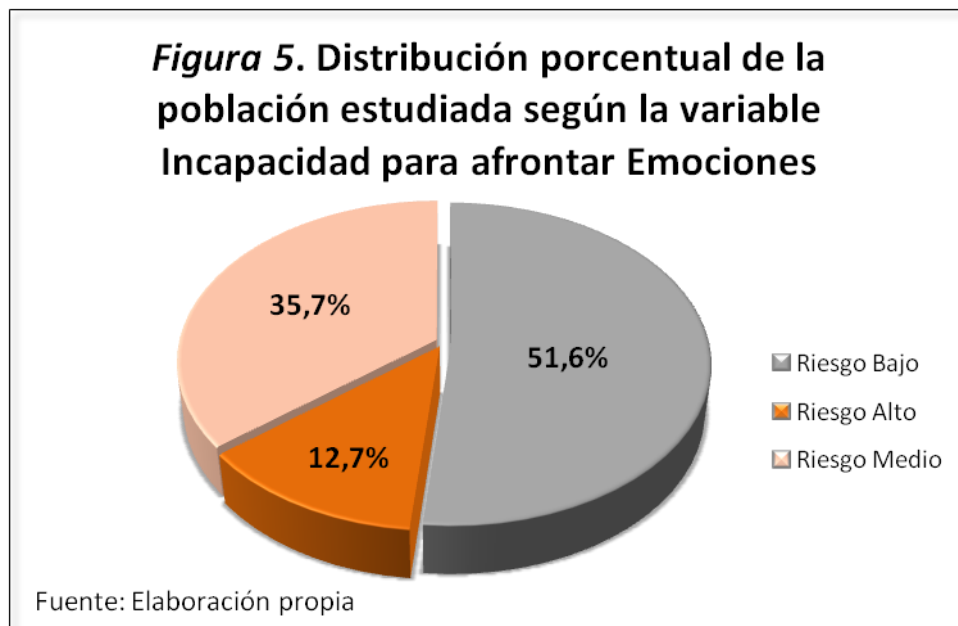
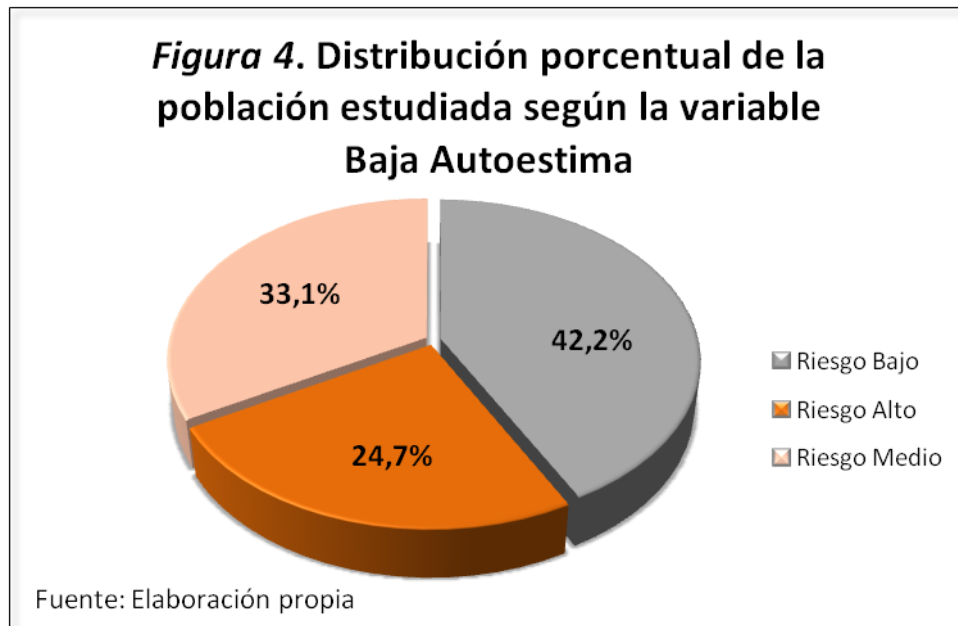
### Resultado Nº 3:

Realizando el análisis respectivo sobre las prevalencias de las variables psicosociales, se puede indicar que en la variable DESESPERANZA mostraron un nivel “bajo” el 58,7% (n=651), seguido del nivel “moderado” con 12,7% (n=318) y finalmente el nivel “alto” con 28,6% (n=141) (Figura Nº 3).



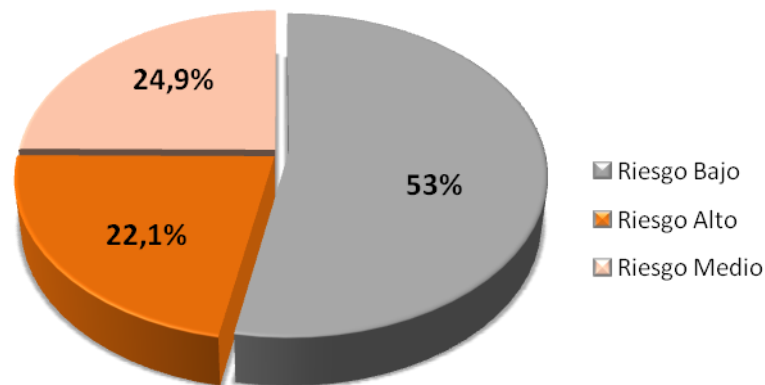


En la dimensión BAJA AUTOESTIMA, un 42,2 (n=468) puntuaron en el nivel “bajo”, un 33,1 (n=367) en el nivel “moderado” y con un 24,7% (n=275) con el nivel “alto” (Figura N° 4). La variable INCAPACIDAD PARA AFRONTAR EMOCIONES, se encasillaron en el nivel “bajo” el 51,6% (n=573), en el “moderado” 35,7 (n=396) y en el “alto” el 12,7% (n=141) (Figura N° 5).



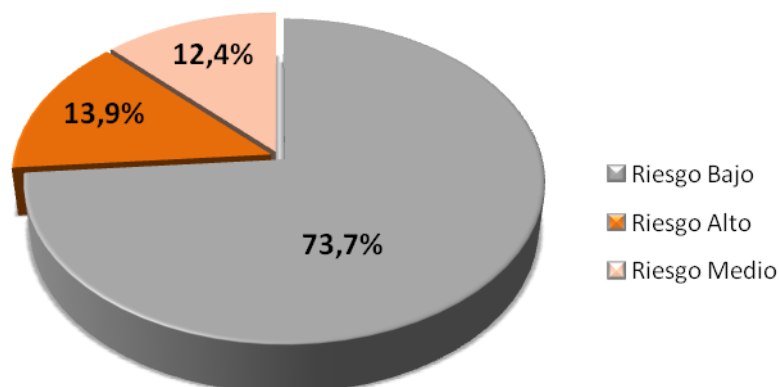
Con respecto a la SOLEDAD Y ABATIMIENTO se encontró que 53% (n=589) se encuentran en el nivel “bajo”, el 24,9% (n=276) en el nivel “moderado”, para concluir con un 22,1% (n=245) en el nivel “bajo” (Figura N° 6). Finalmente en cuanto a la variable IDEACIÓN SUCIDA, se pudo establecer que se encuentran en una frecuencia “baja” el 73,7% (n=818), seguida con la “alta” 13,9% (n=154) y para concluir con la “moderada” con un 12,4% (n=138) (Figura N° 7).

**Figura 6. Distribución porcentual de la población estudiada según la variable Soledad y Abatimiento**



Fuente: Elaboración propia

**Figura 7. Distribución porcentual de la población estudiada según la variable Ideación suicida**

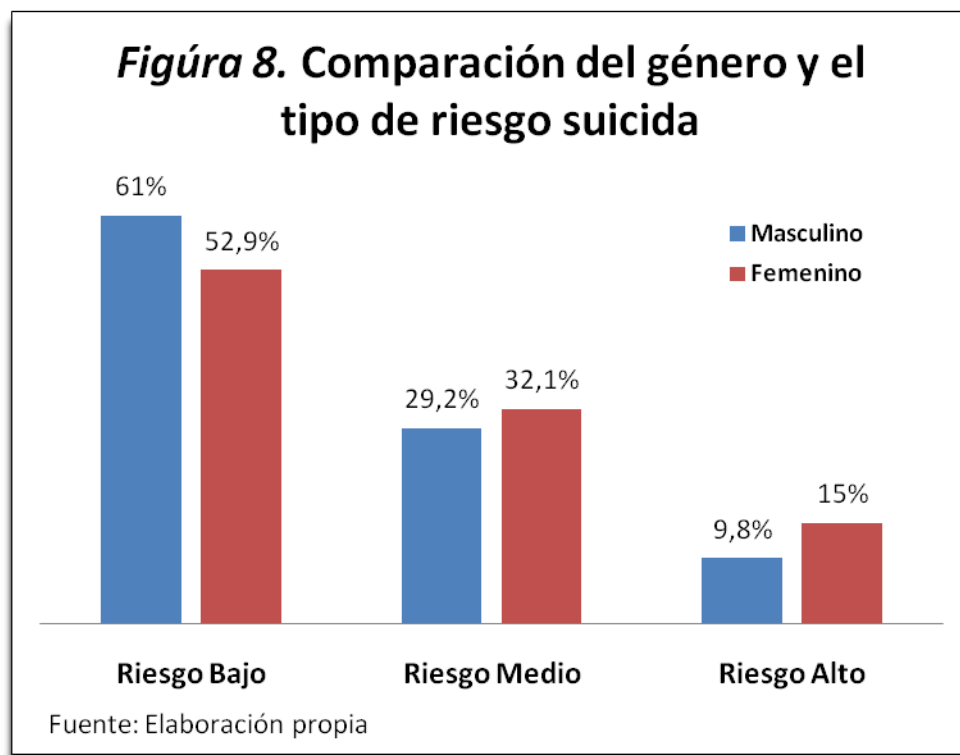


Fuente: Elaboración propia

**Resultado N° 4:**

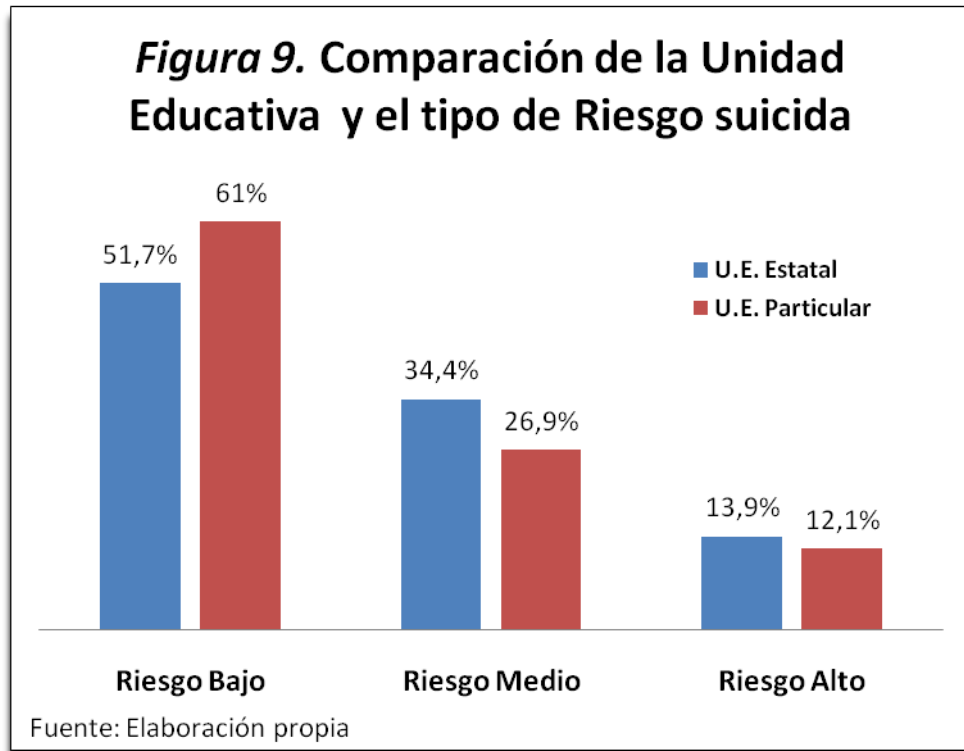
Dado que el cuarto objetivo se dirigía a analizar las posibles diferencias en el riesgo suicida (alto, moderado y bajo) según las distintas variables socio-demográficas incluidas en el diseño (género, edad, tipo de unidad educativa, nivel de escolaridad, macrodistrito de residencia, ocupación del estudiante y del adulto a cargo o tutor) se han obtenido los resultados plasmados en la Tabla N° 4. A continuación describiremos los más representativos.

En cuanto al género se puede evidenciar que el sexo femenino, en el nivel de riesgo suicida “alto” se encuentra más elevado con un 15% (n=92) respecto al sexo masculino con un 9,8% (n=52) (Figura N° 8). En cuanto a la edad se puede observar que la edad donde se presenta el mayor grado de riesgo suicida son los 14 años con 16,9% y en menor cantidad los 17 años con el 9,4%.



Respecto al tipo de Unidad Educativa hay una pequeña diferencia a favor de las instituciones estatales respecto a las privadas con un 13,9% (n=78) y 12,1% (n=66) respectivamente, en lo que respecta al tipo de riesgo suicida “alto” (Figura N° 9).

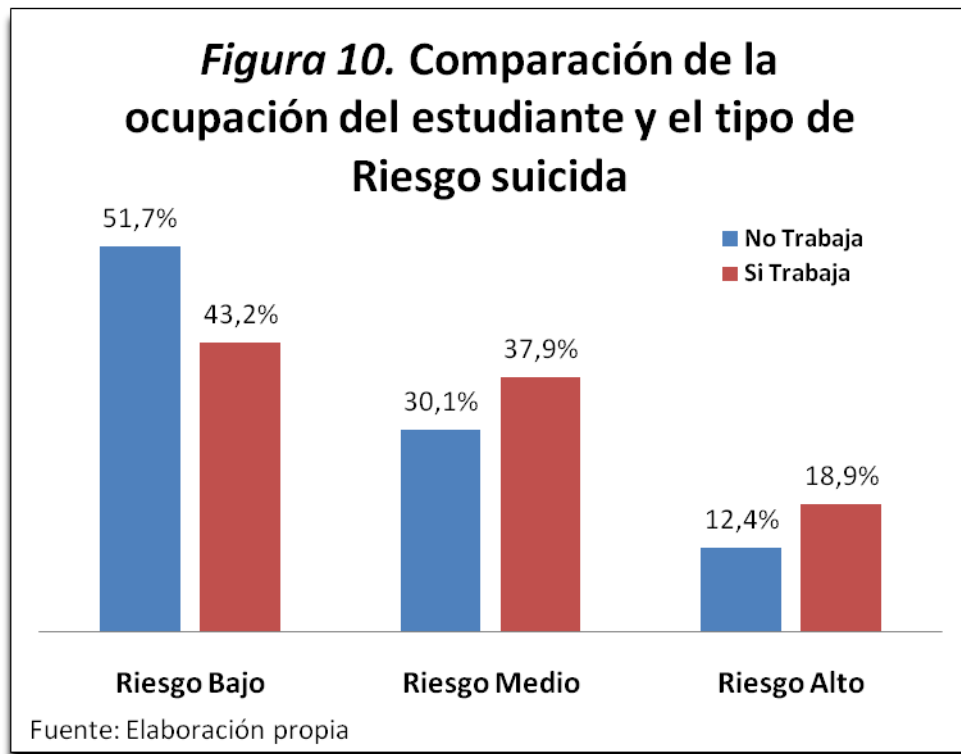
Siendo de todos los anteriores la Unidad Educativa Escobar Uría la que presenta una frecuencia más elevada con un 23,7% y la de menor frecuencia con un 5,1% es la Unidad Educativa Boliviano – Noruego.



En cuanto se refiere al nivel de escolaridad, refiriéndonos siempre al riesgo suicida “alto”, el primero de secundaria presenta un 7,1% y el segundo de secundaria con el 40%.

Según los macrodistritos de residencia tomando en cuenta el riesgo “alto”, San Antonio presenta un 16% y en menor frecuencia el Centro con el 8,8%.

En la ocupación del adolescente podemos observar que los que trabajan tiene un mayor porcentaje con el 18,9 respecto a los que no lo hacen con un 12,4% (Figura N° 10).



Finalmente en lo que se refiere a la ocupación del adulto a cargo o tutor del estudiante, los que desempeñan una actividad intelectual presentan la menor proporción respecto al riesgo suicida “alto” con el 9,6% y al otro extremo se encuentra la actividad mixta con el 15,1%.

En lo que se refiere al análisis univariado a partir de medidas de asociación estadístico, respecto a la fuerza de asociación de manera cuantitativa, se puede indicar que hay una fuerza de asociación positiva (factores de riesgo) en las variables de género (OR=1,45), la edad (OR=1,30) y el tipo de unidad educativa (OR=1,46) y por el contrario hay una asociación negativa (factores de protección) en las variables de actividad laboral del estudiante (OR=0,56) y la ocupación del adulto a cargo (OR=0,57); mostrando las variables estudiadas diferencia estadísticamente significativas, el género ( $p<0.002$ ), tipo de unidad educativa ( $p<0.001$ ) y la ocupación del adulto a cargo o tutor ( $p<0.002$ ); por el contrario no hay valores significativos en las variables estudiadas como ser la edad ( $p<0.039$ ) y la actividad laboral del estudiante ( $p<0.007$ ) (Tabla N° 5).

**TABLA N° 5. ANÁLISIS UNIVARIADO EN ADOLESCENTES QUE PRESENTAN ALTO RIESGO SUICIDA Vs. VARIABLES INDEPENDIENTES EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ, TERCER TRIMESTRE DE 2013**

<b>Variable Independiente</b>	<b>Riesgo Alto n (%)</b>	<b>Riesgo Bajo n (%)</b>	<b>Odd Ratio (95% IC)</b>	<b>Valor de p</b>
<b>Género</b>				
<b>Femenino</b>	277 (25)	299 (26,9)	1,45	0,002
<b>Masculino</b>	208 (19)	326 (29,4)	(1,14 – 1,86)	
<b>Edad</b>				
<b>≤ a 15 años</b>	188 (17)	205 (18,5)	1,30	0,039
<b>&gt; a 15 años</b>	297 (26,7)	420 (37,8)	( 1,00 – 1,67)	
<b>Tipo de U. Educativa</b>				
<b>Estatad</b>	271 (48,3)	290 (51,7)	1,46	0,001
<b>Privado</b>	214 (39)	335 (61)	(1,14 – 1,87)	
<b>Trabajo Estudiante</b>				
<b>No trabaja</b>	431 (42,5)	584 (57,5)	0,56	0,007
<b>Si trabaja</b>	54 (56,8)	41 (43,2)	(0,36 – 0,87)	
<b>Ocupación Adulto</b>				
<b>Intelectual</b>	62 (9,5)	115 (17,6)	0,57	0,002
<b>Manual</b>	230 (35,3)	245 (37,6)	(0,40 – 0,83)	

**Fuente: Elaboración propia**

## 5.2. DISCUSIONES.

Es conveniente aclarar una vez más, que este tipo de estudio referente exclusivamente al componente de “Ideación suicida” (quienes piensan, desean y planean cometer suicidio y no han efectuado un intento suicida), no se ha encontrado ningún tipo de trabajo investigativo en la ciudad de La Paz, solo existen algunos referentes a intentos suicidas y suicidios consumados, además sin hacer una especial atención a los adolescentes. La investigación más cercana con nuestro tema es uno realizado en la ciudad de Tarija (Cartagena H. Raúl u Cols.), por lo que tendremos como referencia este y trabajos realizados en otros países.

---

Referente a determinar la prevalencia de ideación suicida, foco de atención de nuestra investigación, se pudo establecer que un 16,1% presenta algún tipo de ideación suicida y se encuentra entre el 13% (riesgo alto) y el 30,7% (riesgo moderado) haciendo un total de 43,7%, de riesgo total de ideación suicida, lo cual nos demuestra un elevado porcentaje en comparación con la ciudad de Tarija entre un 8,2% y un 16,2% (total de 24,4%); en Argentina muestran que entre un 5,9% y un 15% (total de 20,95) de los adolescentes escolarizados en distintas regiones presentan alto riesgo suicida (Casullo & Fernández Liporace, 2007; Posada, Galarza & Castañeiras, 2009). En Perú el 31,3% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir alguna vez en sus vidas, 21,1% pensó en quitarse la vida (Cano, Gutiérrez, & Nizama, 2009). En Brasil el 35.7% de los adolescentes presentaron ideación suicida alguna vez en la vida (Guevara, Roxo, & Fensterseifer, 2005). En México un porcentaje del 22% (Carrillo, Valdez, Vázquez, Franco y De la Peña, 2010). Para el caso de los estudiantes de secundaria estadounidenses, se halló que 21% había tenido pensamientos suicidas (Kachur, Potter, Powell, & Rosenberg, 1995). Por lo que es importante remarcar que la presencia de Ideación Suicida supero a la esperada, si se tiene en cuenta como referencia bibliográfica que indica en promedio el 33% de los adolescentes presentara dicho patrón, pero resulta importante remarcar que esta presencia es un precursor de Acciones Suicidas.

Se destaca una prevalencia del sexo femenino que impera sobre el masculino, respecto al nivel de riesgo suicida “alto”, lo cual se encuentra más acentuado en otros países según se aprecia en bibliografía, teniendo en cuenta además que entre los adolescente se esperara el mayor número de Intentos de Suicidio de una población. Suicidio de una población escolarizada según datos bibliográficos, la incidencia de eventos suicidiológicos es significativamente menos marcada que en la no escolarizada, en el estudio no se puede realizar una comparación de este tipo ya que solo se realizo en población estudiantil, pero si se evidencia al igual que en otros estudios similares una diferencia entre instituciones estatales y privadas con casi 2% de diferencia a favor de las

---

---

primeras, también se lo puede identificar como un factor de riesgo debido a su fuerza de asociación positiva que se evidencia con un OR de 1,46 ( IC 1,14 – 1,87)

Otro aspecto a destacar es que los macrodistritos más urbanizados o con un nivel de estrato económico más elevado como los del Centro y Sur actuarían como factores protectores con un 8,8% y 10,1% respectivamente, en el otro extremo se encuentra el macrodistrito de Mallasa presentando un 15,9% de riesgo suicida “alto”.

Se puede aseverar también que el realizar alguna actividad laboral independiente al de su estatus de estudiantes, representa un factor precipitante para tener inclinaciones a ideación suicida con un 18,9% respecto a los que solo estudian con el 12,4%; estadísticamente el no trabajar actúa como un factor protector por presentar un OR de 0,56 (0,36 – 0,87) al igual que la actividad laboral del adulto o tutor a cargo con un OR de 0,57 (0,40 – 0,83) siendo este valor significativo en el estudio, pero es de tomar en cuenta que una gran cantidad de encuestados 22,7% (n=252) no saben o no contestaron esta pregunta.

---



## **CAPÍTULO VI**

---

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

---

---

## 6.1. CONCLUSIONES.

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

El presente estudio tuvo cuatro resultados principales. Primero, se creó un perfil epidemiológico del riesgo e ideación suicida en los estudiantes adolescentes del nivel secundario de la ciudad de La Paz. Segundo, se encontró la prevalencia del riesgo suicida mediante sus dos vías de cuantificación, en bajo, moderado y alto; y presencia o ausencia de ideación suicida. Tercero, se determinó la prevalencia de factores psicosociales tomados en cuenta en la investigación en bajo, moderado y alto. Cuarto, establecer la diferencia existente entre las variables socio-demográficas respecto al nivel de riesgo suicida, así como la fuerza de asociación existente entre ambos y el nivel de significancia en el estudio de estos.

Como se aprecia en los tablas y gráficos anteriores, los datos anteriores coinciden con la problemática actual que vive la ciudad de La Paz con respecto al suicidio, teniendo en cuenta que las causas de muerte por suicidio en adolescentes representa la tercera causa de muerte en el grupo de edades entre los 15 y 24 años después de accidentes y homicidios y la sexta para aquellos de entre 5 a 14 años (Pérez, 1996). Probablemente este fenómeno pone en evidencia una de las manifestaciones más dramáticas que pueden presentar los adolescentes como modo de resolución ante la adversidad y muestra más claramente la vulnerabilidad y el sufrimiento.

Se considera que los resultados obtenidos en la investigación revelan un fenómeno latente en nuestra sociedad y de urgencia social de importancia, de salud pública y finalmente también desde el ámbito médico legal, ya cuando la

---

---

ideación suicida tiene el infeliz desenlace del suicidio consumado.

Luego de realizarse la cuantificación mediante los dos tipos de métodos el instrumento utilizado se comprobó una coincidencia cercana entre los resultados arrojados por una y otra forma, por lo que se puede verificar que el ISO – 30 funciona adecuadamente para detectar la presencia de factores de riesgo suicida, especialmente en la población adolescente.

Finalmente para concluir, respecto al tipo de riesgo suicida foco principal de la investigación se puede establecer lo siguiente:

- De los resultados del presente trabajo concluimos que el riesgo e ideación suicida constituye un grave problema de salud pública en el Estado.
  - Mayor prevalencia de un Nivel Alto, de Riesgo e Ideación Suicida en la población en estudio, en comparación con otros países vecinos según bibliografía revisada.
  - Mayor prevalencia del sexo femenino dentro de este nivel de riesgo.
  - Son factores de riesgo pertenecer al género femenino, pertenecer al grupo etáreo  $\leq$  a 15 años y pertenecer a una unidad educativa estatal.
  - Son factores protectores, el no tener otra actividad laboral aparte de la de ser estudiantes y tener padres que desarrollan su actividad en forma intelectual.
  - 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 facilitará la identificación precoz y prevención de la conducta suicida.
-

---

## 6.2. RECOMENDACIONES.

Después de haber concluido satisfactoriamente el presente trabajo investigativo, se pueden mencionar entre muchas otras las siguientes recomendaciones:

- Se sugiere la ampliación del presente estudio en otras ciudades de nuestro país. Un aspecto y característica importante de este estudio es que se refiere solamente a estudiantes de secundaria que no han acudido a recibir ayuda por algún intento de suicidio, por lo que se requieren otro tipos de estudios como por ejemplo caso-control, que puedan comparar a aquellos que hayan intentado suicidarse y aquellos que no y así poder brindar estrategias de intervención que permitan prevenir el acto suicida.
  - Es conveniente señalar también que un inconveniente al abordar este tipo estudio tiene que ver con la aplicación de varios instrumentos que midan las diferentes exposiciones al riesgo suicida; esto plantea la necesidad de contar con instrumentos estandarizados para medir la intención suicida y así contribuir a fortalecer acciones de prevención y detección precoz de esta problemática.
  - Es de vital importancia tener en cuenta que en un futuro deben realizarse estudios a la luz de otras variables que no han sido incluidas en este diseño, como por ejemplo los antecedentes familiares, la psicopatología del individuo, estrategias de afrontamiento e intento suicida previo, por mencionar sólo algunas. Entre las futuras líneas de investigación permanece la propuesta de estudiar la compleja interacción entre los factores determinantes del riesgo suicida y crear modelos estadísticos sensibles a estos efectos (Young et al., 1994; Brown et al., 2004).
  - Como propuesta, sería adecuado realizar la validación del instrumento de “Inventario de Orientación Suicida ISO – 30” en nuestro medio, además de realizar pequeñas modificaciones adecuándolo a nuestra realidad, para facilitar la consecución de conocimientos fidedignos en este campo,
-

---

además por tratarse de un instrumento de fácil llenado en un tiempo mínimo.

- Se considera de importancia preventiva que las instituciones educativas identifique a los adolescentes con alguna carga de riesgo suicida y se les realice una vigilancia continua de su salud mental a través de charlas, aplicación de algunos instrumentos, además una preparación adecuada al personal docente de las instituciones educativas es fundamental, considerando su continua relación con los estudiantes; especialmente en materias como psicología y religión, dado que los colegios son un ámbito propicio para la puesta en práctica de acciones preventivas.
  - Tomando en cuenta que gran cantidad de la problemática de este tema se encuentra en el propio hogar, es necesario hacer partícipes a los padres de familia motivándoles a ayudar a sus propios hijos por medio de una buena educación, orientación y buen ambiente familiar.
  - Se afirma que mejorar la evaluación del riesgo suicida debería ser una prioridad para los servicios psicológicos y de salud (Dennehy et al. 1996). Dados los hallazgos obtenidos se sugiere un diseño de programas de promoción y prevención de las ideaciones suicidas en adolescentes y/o el suicidio en general, tomando en consideración que en países vecinos existen manuales sistematizados para la intervención pre y post acto de esta problemática.
  - El desarrollo de un protocolo efectivo de evaluación y de guías basadas en factores de riesgo específicos es crítico para guiar el curso del proceso diagnóstico y establecer un programa de cuidado adecuado en ámbitos hospitalarios y de emergencias (Cochrane-Brink et al., 2000; Brown, Bongar y Cleary, 2004). Por lo que se sugiere implementar este tipo de iniciativas como por ejemplo protocolos de atención, que cuando se esté en frente de pacientes con ideación suicida e intento suicida se tenga uniformidad en las acciones a tomar.
-

- 
- Finalmente, y retomando lo que señaló la OMS (2006) sobre el desafío de identificar a las personas vulnerables y en situación de riesgo, se propone que una sencilla oración, como la de “He deseado estar muerto” puede ser una manera de identificar a los estudiantes vulnerables y en riesgo antes de que continúen este fatal proceso.
-

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

---

- 
- García de Jalon E, Peralta V. Suicidio y riesgo de suicidio. Anales Sis San Navarra. 2002; 25 (Supl. 3): 87-93.
  - Corbella Corbella J. El suicidio. En: Gisbert Calabüig JA, coordinador. Medicina legal y Toxicología. 5ª ed. Barcelona: Masson; 1998. p. 322-330.
  - De la Galvez Murillo A, Tamayo Caballero C. Mortalidad por suicidio en la ciudad de La Paz. Cuadernos del Hospital de Clínicas. 2000; 46 (2): 48-51.
  - Vargas Brown JE. Prevalencia y mortalidad por intento de suicidio, en el servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas, La Paz – Bolivia, Gestión 2002. Cuadernos del Hospital de Clínicas. 2004; 49 (2): 173-180.
  - Código Penal Boliviano, Ley 176 de 18 de marzo de 1997 [base de datos en Internet]. Bolivia. [acceso 14 de mayo de 2013]; Disponible en: [http://www.oas.org/juridico/mla/sp/bol/sp\\_bol-int-text-cp.html](http://www.oas.org/juridico/mla/sp/bol/sp_bol-int-text-cp.html)
  - Anuario Estadístico del Municipio de La Paz 2010, SPC Impresiones; 2011.
  - Calderón L, Espinosa OC, Gasca ML, Rodríguez MA, Barbosa C. Percepción del suicidio en niños que atraviesan la niñez intermedia. [Tesis de Licenciatura]. Bogotá, Colombia, Pontificia Universidad Javeriana; 2009.
  - Betancourt A. El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso [base de datos en Internet]. Flacso Sede Ecuador, 2008. [acceso 20 de mayo de 2013]; Disponible en: <http://flacsoandes.org/dspace/bitstream/10469/2350/1/04.%20El%20suicidio%20en%20el%20Ecuador%E2%80%A6%20%20Andrea%20Betancourt.pdf>
  - Campos RM. Construcción de un instrumento para la detección de factores de riesgo suicida en adolescentes Costarricenses. [Tesis de Licenciatura]. Costa Rica, Sistema de Estudios de Postgrado de la Universidad de Costa Rica CENDEISS; 2009.
  - Bertolote JM. FORUM: Prevención del suicidio en el mundo. Prevención del
-



- 
- suicidio: ámbitos de intervención. *World Psychiatry*, 2004; 2(3): 147-151.
- Bella ME, Fernández RA, Willington JM. Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. *Rev Argent Salud Pública*, 2010; 1(3): 24-29.
  - Cañón SC. Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Arch Med (Manizales)*, 2011; 11(1): 62-67.
  - Pérez J, Del Pino JI, Ortega F. El adolescente, la muerte y el suicidio [Homepage]. Alicante, 2002. [acceso 20 de mayo de 2013]; Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1604PERado.pdf>
  - Toro DC, Paniagua RE, González CM, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2009; 27(3): 302-308.
  - Campos RM. Et al. Prevención de suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes [Homepage]. Costa Rica, 2004. [acceso 20 de mayo de 2013]; Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/aserrri1.pdf>
  - Barón OP. Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte (Barranquilla)*, 2000; 6: 48-69.
  - OMS – Informe sobre la salud en el mundo (1998). *La vida en el siglo XXI, una perspectiva para todos* [Internet]. Ginebra, 1998. [acceso 20 de mayo de 2013]; Disponible en: <http://www.who.int/whr/1998/es/>
  - Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours: Protocol of SUPRE-MISS. Genova: World Health Organization, 2002.
  - Serfaty E. Suicidio en la adolescencia. *Adolesc. Latinoam.* [online]. jul./sep. 1998, vol.1, no.2 [acceso 26 de mayo de 2013], p.105-110. Disponible en: [http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-71301998000100007&lng=es&nrm=iso](http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71301998000100007&lng=es&nrm=iso). ISSN 1414-7130.
-

- 
- Paz H. Suicidio en adolescentes: lo que el equipo de salud debe saber. Rev. peru. pediatr. 2007; 60(1): 61-64.
  - Aja I. El suicidio y factores indicadores de riesgo. Congreso latinoamericano de educación. [internet]. Bogotá, 2007. [acceso 14 de mayo de 2013]; Disponible en: [http://www.buscandoanimo.org/Descargas/06 factores riesgo.pdf](http://www.buscandoanimo.org/Descargas/06_factores_riesgo.pdf)
  - Gutiérrez AG, Contreras CM, Orozco RC. El suicidio, conceptos actuales, Rev. Salud Mental, 2006; 29 (5): 65-74.
  - Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones [Homepage]. Argentina, 2012. [acceso 14 de mayo de 2013]; Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2012-10-31\\_lineamientos-atencion-intento-suicidio.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2012-10-31_lineamientos-atencion-intento-suicidio.pdf)
  - Pérez Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención. Rev Cubana Med Gen Integr, 1999; 15 (2): 196-217.
  - Alcántar, MI. Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar. [Tesis de Licenciatura]. México, Universidad Nacional Autónoma de México; 2002.
  - Pérez, SA. Los mitos sobre el suicidio, la importancia de conocerlos. Rev. Colombiana de Psiquiatría, 2005; 34(3): 386-394
  - Afrontando la realidad del suicidio. Orientaciones para su prevención. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) [Internet]. España, 2006. [acceso 14 de mayo de 2013]; Disponible en: <http://www.feafes.org/publicaciones/Afrontandorealidadsuicidio.pdf>
-

- 
- Cabra OL, Infante DC, Sossa FN. El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. Rev. Médica Sanitas, Colombia, 2010; 13(2): 28-35.
  - García E, Peralta V. Suicidio y Riesgo de suicidio. ANALES Sis San Navarra, 2002; 25(3): 87-96.
  - Barberis, A. Suicidio en la adolescencia, Curso virtual interdisciplinario a distancia. Salud mental, psicología y psicopatología del niño adolescente y su familia [Homepage]. Argentina, 2009. [acceso 10 de mayo de 2013]; Disponible en: <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/final022.pdf>
  - Garduño R, Gómez KY, Peña AJ. Suicidio en adolescentes. Asociación mexicana de educación continua y a distancia en Tanatología AC [Homepage]. México, 2011. [acceso 10 de mayo de 2013]; Disponible en: <http://www.tanatologiaamtac.com/descargas/tesinas/27%20Suicidio%20en%20adolescentes.pdf>
  - Plan nacional de prevención del suicidio. Para Uruguay 2011-2015 “Un compromiso con la Vida” [Homepage]. Uruguay, 2010. [acceso 10 de mayo de 2013]; Disponible en: <http://www.espectador.com/documentos/120719Plan%20Nacional%20de%20Prevencion%20del%20Suicidio.pdf>
  - Pérez Barrero SA. Factores de riesgo suicida en la adolescencia. Rev. Psiquiátrica del Uruguay, 1996; 11(4): 318-325.
  - Rivera Heredia, ME. La prevención del suicidio en los adolescentes. [Internet]. Michoacán, 2010; 44 (4). [acceso 10 de mayo de 2013]; Disponible en: <http://www.google.com.bo/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.fundadeps.org%2Fdownload.asp%3Ffile%3Drecursos%2Fdocumentos%2F370%2Fprevencion%2520del%2520suicidio%2520en%2520adolescentes%2520.pdf&ei=ywlqUt7aEYrWkQfE6lHoAQ&usq=AFQjCNGddx-zMJeZqoZ3YrPOR6Z7gE97RQ>
-

## **ANEXOS**

---

---

## **Anexo A. CUESTIONARIO SOCIO-DEMOGRAFICO**

### **Estimado(a) adolescente:**

El cuestionario que a continuación vas a llenar, pretende conocer algunos aspectos de tu vida, de lo que sientes o piensas 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:**.....

**Colegio:**..... **Año que cursa:**.....

**Zona que vive:**..... **Trabaja:** (SI)..... (NO).....

**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 de acuerdo.
- 3 = totalmente de acuerdo.

Item	Preguntas	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, confío en que las personas con la 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 ha desarrollado 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	Aún cuando estoy muy 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	Aún 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 estuviera 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 empeorasen, creo que me mataría.	0	1	2	3	

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

---

---

**Anexo B. AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**DE LA UNIDAD EDUCATIVA**

(Para ser sujeto de investigación)

**Nombre del Proyecto:** “Prevalencia y Factores Asociados al Riesgo Suicida en Estudiantes de Secundaria del Municipio de La Paz, Bolivia, en el Tercer Trimestre de 2013”.

**Nombre del Investigador:** Dr. Félix Enrique García Rojas

**Nombre del Tutor de la Investigación:** Dr. Fernando Mauricio Valle Rojas.

---

Cuando se realiza una investigación en una Unidad Educativa, para la participación de los estudiantes, el Director o encargado de la misma necesita una adecuada información para decidir sobre su cooperación sobre el proyecto. Con el fin de invitarle a la Institución Educativa a participar en la presente investigación y obtener su Autorización y Consentimiento Informado, se solicita leer atentamente el siguiente documento:

**A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:** Los estudiantes de la Unidad Educativa participará en una investigación que se realiza como Tesis de graduación en la Maestría de Ciencias Forenses de la Universidad Mayor de San Andrés, con la misma se pretende encontrar la “Prevalencia y Factores Asociados al Riesgo Suicida en Estudiantes de Secundaria del Municipio de La Paz, Bolivia, en el Tercer Trimestre de 2013”.

**B. PROCEDIMIENTO:** Si la Unidad Educativa acepta participar en este proyecto, se solicitará a los estudiantes 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 puedo expresarlo libremente y recibirá la ayuda necesaria por parte del profesional que aplicará la encuesta, si es requerido por el estudiante.

**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 adolescentes 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. Félix Enrique García Rojas, al teléfono número 2-255710, al celular 72425739 o al E-mail: dr.garciafelix@hotmail.com

**F.** La participación de la Unidad Educativa y de sus Estudiantes, en este estudio es voluntaria. Ambos tienen el derecho de negarse 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 realizan la investigación.

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

### **AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**La Unidad Educativa:**.....

Ha leído, toda la información descrita en este documento, antes de firmarla.

Quedó clara la información que se necesitaba saber acerca de la participación de los estudiantes 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: **“Prevalencia y Factores Asociados al Riesgo Suicida en Estudiantes de Secundaria del Municipio de La Paz, Bolivia, en el Tercer Trimestre de 2013”**, 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 implica consecuencias legales adversas para mí, los estudiantes y la Institución.

Director o Encargado de la Unidad Educativa	C.I.	Firma	Fecha
<i>Dr. F. Enrique García R.</i>	<i>3322571 L.P.</i>		
Nombre del profesional	C.I.	Firma	Fecha

---



**Anexo C.****ASENTIMIENTO INFORMADO**  
(Para ser sujeto de investigación)

**Nombre del Proyecto:** “Prevalencia y Factores Asociados al Riesgo Suicida en Estudiantes de Secundaria del Municipio de La Paz, Bolivia, en el Tercer Trimestre de 2013”.

**Nombre del Investigador:** Dr. Félix Enrique García Rojas

**Nombre del Tutor de la Investigación:** Dr. Fernando Mauricio Valle Rojas.

**A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:** A continuación participarás de una investigación llenando un cuestionario que detecte los posibles factores que pueden conducir los adolescentes a tener conductas autodestructivas.

**B. PROCEDIMIENTO:** Si aceptas participar en este estudio, se te solicitará 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 quisieras comentar algo sobre lo 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 nadie 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 otros jóvenes como vos ya que se busca obtener información estadística y tener un instrumento para detectar cuales 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
<i>Dr. F. Enrique García R.</i> _____ Nombre del profesional	<i>3322571 L.P.</i> _____ C.I.	_____ Firma	_____ Fecha

**Anexo D. Consentimientos de las Unidades Educativas****AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La Unidad Educativa:



Ha leído, toda la información descrita en este documento, antes de firmarla.

Quedó clara la información que se necesitaba saber acerca de la participación de los estudiantes 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: **"Identificación de Factores Asociados al Riesgo Suicida en Adolescentes del Municipio de La Paz, Bolivia, Gestión 2013"**, 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 implica consecuencias legales adversas para mí, los estudiantes y la Institución.

Director o Encargado de la Unidad Educativa	C.I. - Bolivia	Firma	Fecha
Dr. J. Enrique García R. Nombre del profesional	3322571 L.P. C.I.		Agosto de 2013 Fecha

## AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Unidad Educativa:



Ha leído, toda la información descrita en este documento, antes de firmarla.

Quedó clara la información que se necesitaba saber acerca de la participación de los estudiantes 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: **“Identificación de Factores Asociados al Riesgo Suicida en Adolescentes del Municipio de La Paz, Bolivia, Gestión 2013”**, 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 implica consecuencias legales adversas para mí, los estudiantes y la Institución.



*Prof. Fabiana Arce Ortiz*  
DIRECTORA  
COLEGIO AMORETTI  
Director o Encargado  
de la Unidad Educativa

341685  
C.I.

*[Handwritten Signature]*  
Firma

10-09-13  
Fecha

Dr. F. Enrique García R.  
Nombre del profesional

3322571 L.P.  
C.I.

*[Handwritten Signature]*  
Firma  
Dr. F. Enrique García R.  
MÉDICO  
Nº 3322571

Agosto de 2013  
Fecha

## AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Unidad Educativa:

**ARMANDO ESCOBAR URIA “B”**

Ha leído, toda la información descrita en este documento, antes de firmarla.

Quedó clara la información que se necesitaba saber acerca de la participación de los estudiantes 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: **“Identificación de Factores Asociados al Riesgo Suicida en Adolescentes del Municipio de La Paz, Bolivia, Gestión 2013”**, 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 implica consecuencias legales adversas para mí, los estudiantes y la Institución.



*[Firma]*  
Elic. Pacifico C. Machaca A.  
DIRECTOR TITULAR  
NIVEL SECUNDARIO

Director o Encargado  
de la Unidad Educativa

*Autorizado a tomar  
para muestra a los  
4 cursos.*

*2654188 L.P.*  
C.I.

*[Firma]*  
Firma

*28/10/2013.*  
Fecha

Dr. F. Enrique García R.  
Nombre del profesional

*3322571 L.P.*  
C.I.

*[Firma]*  
Firma

*Agosto de 2013*  
Fecha

Dr. F. Enrique García R.  
MEDICO CIRUJANO  
MP. G. 1057

## AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Unidad Educativa:



Ha leído, toda la información descrita en este documento, antes de firmarla.

Quedó clara la información que se necesitaba saber acerca de la participación de los estudiantes 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: **"Identificación de Factores Asociados al Riesgo Suicida en Adolescentes del Municipio de La Paz, Bolivia, Gestión 2013"**, 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 implica consecuencias legales adversas para mí, los estudiantes y la Institución.



Director o Encargado  
de la Unidad Educativa  
DIRECTOR PEDAGÓGICO  
UNIDAD EDUCATIVA BOLIVIANO-NORUEGO

C.I.

Firma

Fecha

Dr. F. Enrique García R.  
Nombre del profesional

3322571 L.P.  
C.I.

Firma  
Dr. Pablo Ernesto García R.  
MEDICINA FORENSE  
1957

Agosto de 2013  
Fecha



## AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Unidad Educativa:

**DOMINGO FAUSTINO SARMIENTO**

Ha leído, toda la información descrita en este documento, antes de firmarla.

Quedó clara la información que se necesitaba saber acerca de la participación de los estudiantes 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: **“Identificación de Factores Asociados al Riesgo Suicida en Adolescentes del Municipio de La Paz, Bolivia, Gestión 2013”**, 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 implica consecuencias legales adversas para mí, los estudiantes y la Institución.



Director o Encargado  
de la Unidad Educativa

2194351  
C.I.

*[Handwritten Signature]*  
Dr. Domingo Faustino Sarmiento  
Firma

15-8-13  
Fecha

Dr. F. Enrique García R.  
Nombre del profesional

3322571 L.P.  
C.I.

*[Handwritten Signature]*  
Dr. Fida Enrique García R.  
MEDICO CIRUJANO  
MP G - 1037  
Firma

Agosto de 2013  
Fecha

## AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Unidad Educativa:

**FRAY BERNARDINO DE CÁRDENAS**

Ha leído, toda la información descrita en este documento, antes de firmarla.

Quedó clara la información que se necesitaba saber acerca de la participación de los estudiantes 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: **“Identificación de Factores Asociados al Riesgo Suicida en Adolescentes del Municipio de La Paz, Bolivia, Gestión 2013”**, 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 implica consecuencias legales adversas para mí, los estudiantes y la Institución.

  
 Prof. Mario Castillo B.  
 COORDINADOR ACADÉMICO  
 U.E. Fray Bernardino de Cárdenas  
 Director o Encargado  
 de la Unidad Educativa

683027.02

C.I.

Firma

21/8/13.  
 Fecha

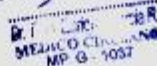


Dr. F. Enrique García R.  
 Nombre del profesional

3322571 L.P.  
 C.I.

Firma

Agosto de 2013  
 Fecha

  
 DR. F. ENRIQUE GARCÍA R.  
 MÉDICO CIRUJANO  
 MP G - 1037

## AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Unidad Educativa:

**FF. AA. DE LA NACIÓN “B”**

Ha leído, toda la información descrita en este documento, antes de firmarla.

Quedó clara la información que se necesitaba saber acerca de la participación de los estudiantes 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: **“Identificación de Factores Asociados al Riesgo Suicida en Adolescentes del Municipio de La Paz, Bolivia, Gestión 2013”**, 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 implica consecuencias legales adversas para mí, los estudiantes y la Institución.

 Lic. Prof. Wilhelmina Ciro Chayaza M. <b>DIRECTOR</b> U.E. FUERZAS ARMADAS DE LA NACIÓN - B Director o Encargado de la Unidad Educativa	<u>362544</u> C.I.		<u>19/08/13</u> Fecha
<u>Dr. F. Enrique García R.</u> Nombre del profesional	<u>3322571 L.P.</u> C.I.	 Firma 	<u>Agosto de 2013</u> Fecha



## AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Unidad Educativa:



Ha leído, toda la información descrita en este documento, antes de firmarla.

Quedó clara la información que se necesitaba saber acerca de la participación de los estudiantes 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: **"Identificación de Factores Asociados al Riesgo Suicida en Adolescentes del Municipio de La Paz, Bolivia, Gestión 2013"**, 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 implica consecuencias legales adversas para mí, los estudiantes y la Institución.



Director o Encargado  
de la Unidad Educativa

26024896

C.I.

Firma  
Prof. Jaime P. Zamora V.  
DIRECTOR  
U.E. HERMANN GMEINER  
NIVEL SECUNDARIO

02-09-13

Fecha

Dr. F. Enrique García R. 3322571 L.P.  
Nombre del profesional C.I.

Firma  
Dr. F. Enrique García R.  
MEDICO CIRUJANO  
Nº G-1037

Agosto de 2013

Fecha

## AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Unidad Educativa:



Ha leído, toda la información descrita en este documento, antes de firmarla.

Quedó clara la información que se necesitaba saber acerca de la participación de los estudiantes 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: **"Identificación de Factores Asociados al Riesgo Suicida en Adolescentes del Municipio de La Paz, Bolivia, Gestión 2013"**, 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 implica consecuencias legales adversas para mí, los estudiantes y la Institución.



Maria Olga Laurab.      2017946      [Firma]      22-8-2013  
 Director o Encargado      C.I.      Firma      Fecha  
 de la Unidad Educativa

*Prof. Olga Laurab.*  
 DNI  
 COLEGIO "JERUSALEM"

Dr. F. Enrique García R.      3322571 L.P.      [Firma]      Agosto de 2013  
 Nombre del profesional      C.I.      Firma      Fecha

*Dr. F. Enrique García R.*  
 MEDICO FORENSE  
 M.P. 3322571

## AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Unidad Educativa:



Ha leído, toda la información descrita en este documento, antes de firmarla.

Quedó clara la información que se necesitaba saber acerca de la participación de los estudiantes 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: "**Identificación de Factores Asociados al Riesgo Suicida en Adolescentes del Municipio de La Paz, Bolivia, Gestión 2013**", 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 implica consecuencias legales adversas para mí, los estudiantes y la Institución.

 <p style="font-size: small;">Lic. Jorge Ayala Claros DIRECTOR ACADÉMICO U.E. "LORETTO"</p> <p style="font-weight: bold;">Director o Encargado de la Unidad Educativa</p>	<p style="font-size: x-large; font-weight: bold;">54975</p> <p>C.I.</p>	<p style="font-size: x-large; font-weight: bold;">12-08-2013</p> <p>Firma</p>	<p style="font-size: x-large; font-weight: bold;">12-08-2013</p> <p>Fecha</p>
<p><u>Dr. F. Enrique García R.</u> Nombre del profesional</p>	<p><u>3322571 L.P.</u> C.I.</p>	 Firma	<p><u>Agosto de 2013</u> Fecha</p>
<p style="font-size: x-small;">Dr. Félix R. García R. MÉDICO CIVILIANO M.P. 0-1001 M.C.M. 254</p>			

## AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Unidad Educativa:



Ha leído, toda la información descrita en este documento, antes de firmarla.

Quedó clara la información que se necesitaba saber acerca de la participación de los estudiantes 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: **“Identificación de Factores Asociados al Riesgo Suicida en Adolescentes del Municipio de La Paz, Bolivia, Gestión 2013”**, 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 implica consecuencias legales adversas para mí, los estudiantes y la Institución.



*Sabina Potosi Churgui*  
 D.C. Sabina Potosi Churgui  
 DIRECTORA U. E. MALLASA  
 Director o Encargado  
 de la Unidad Educativa

4743099 U  
 C.I.

*[Signature]*  
 Firma

09/09/13  
 Fecha

*Dr. F. Enrique García R.*  
 Nombre del profesional

3322571 L.P.  
 C.I.

*[Signature]*  
 Firma

Agosto de 2013  
 Fecha

*[Stamp]*  
 Dr. F. Enrique García R.  
 MEDICO CIRUJANO  
 M.P. G. 1037



## AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Unidad Educativa:



Ha leído, toda la información descrita en este documento, antes de firmarla.

Quedó clara la información que se necesitaba saber acerca de la participación de los estudiantes 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: **"Identificación de Factores Asociados al Riesgo Suicida en Adolescentes del Municipio de La Paz, Bolivia, Gestión 2013"**, 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 implica consecuencias legales adversas para mí, los estudiantes y la Institución.

 Sabino Lino Choque DIRECTOR Unidad Educativa Max Valdivia L.P.		4316482 C.I.	 Firma	16-08-13 Fecha
Dr. F. Enrique García R. Nombre del profesional	3322571 L.P. C.I.	 Firma	Agosto de 2013 Fecha	

## AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Unidad Educativa:



Ha leído, toda la información descrita en este documento, antes de firmarla.

Quedó clara la información que se necesitaba saber acerca de la participación de los estudiantes 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: “**Identificación de Factores Asociados al Riesgo Suicida en Adolescentes del Municipio de La Paz, Bolivia, Gestión 2013**”, 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 implica consecuencias legales adversas para mí, los estudiantes y la Institución.



*[Signature]*  
 Ana María Muñoz Torres  
 Directora o Encargado  
 de la Unidad Educativa

26236721P

C.I.

*[Signature]*  
 Firma

2P-12/08/13

Fecha

*Dr. F. Enrique García R.*  
 Nombre del profesional

3322571 L.P.

C.I.

*[Signature]*  
 Firma

Agosto de 2013

Fecha

*Dr. Félix E. García R.*  
 MEDICO CIRUJANO  
 M.R.G-1037 N.C.M.-354

## AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Unidad Educativa:

**REPÚBLICA DE FRANCIA “A”**

Ha leído, toda la información descrita en este documento, antes de firmarla.

Quedó clara la información que se necesitaba saber acerca de la participación de los estudiantes 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: **“Identificación de Factores Asociados al Riesgo Suicida en Adolescentes del Municipio de La Paz, Bolivia, Gestión 2013”**, 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 implica consecuencias legales adversas para mí, los estudiantes y la Institución.




  
 Lic. Rodolfo Paz Villalón  
 DIRECTOR  
 U.E. REP. DE "FRANCIA A"  
 Director o Encargado  
 de la Unidad Educativa

C.I. 3321457


  
 Firma

Fecha 15-08-13

Dr. F. Enrique García R.    3322571 L.P.  
 Nombre del profesional    C.I.

  
 Firma

Fecha Agosto de 2013

  
 Dr. F. Enrique García R.  
 MEDICO CIRUJANO  
 M.P.G. - 1037