

“LA IDEACIÓN SUICIDA EN
ADOLESCENTES DEL 3° CICLO DEL
COLEGIO PORVENIR DE ISLA BOGADO,
LUQUE”

Deisy María José Ferreira Pereira

Tutora: Melva Gómez Barreto

Tesis presentada en la Universidad
Tecnológica Intercontinental como requisito
parcial para la obtención del título de
Licenciatura en Psicología.

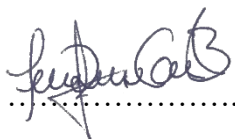
Fernando de la Mora - Paraguay

Año 2021

CONSTANCIA DE APROBACION DEL TUTOR

Quién suscribe Melva Gómez Barreto, con documento de identidad no 3.561.105, tutor del trabajo titulado “ *La ideación suicida en adolescentes del 3º ciclo del colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque*” elaborado por la alumna para obtener el título de Licenciada en Psicología Clínica, hace constar que el mismo reúne los requisitos formales y de fondo exigidos por la Universidad Tecnológica Intercontinental y puede ser sometido a evaluación y presentarse ante los docentes que fueron designados para conformar la mesa examinadora.

En la ciudad de Fernando de la Mora, a los 7 días del mes de mayo del 2021

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Melva Gómez Barreto', is written over a horizontal dotted line.

Firma del Tutor

Dedico este trabajo a: Mi madre, que es una mujer que simplemente me hace llenar de orgullo, te amo y no va haber manera de devolverte tanto que me has ofrecido desde que incluso no hubiera nacido. Esta tesis es un logro más que llevo a cabo, y sin lugar a dudas ha sido en gran parte gracias a ti; no sé en donde me encontraría de no ser por tus ayudas, tu compañía, y tu amor.

Te doy mis sinceras gracias, amada madre.

A mis hermanas, que aunque en la mayoría de las veces parece que estuviéramos en una batalla, hay momentos en los que la guerra cesa y nos unimos para lograr nuestros objetivos. Gracias por no solo ayudarme en gran manera a concluir el desarrollo de esta tesis, sino por todos los bonitos momentos que pasamos en el proceso.

Muchas gracias hermanas.

Agradezco a: La Universidad Tecnológica Intercontinental por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día. Agradezco también a mi Asesor de Tesis la Licenciada Melva Gómez Barreto, por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis. Y para finalizar, también agradezco a todos los que fueron mis compañeros de clase durante todos los niveles de Universidad ya que gracias al compañerismo, amistad y apoyo moral han aportado en un alto porcentaje a mis ganas de seguir adelante en mi carrera profesional.

TABLA DE CONTENIDO

Caratula	I
Constancia de aprobación del tutor	II
Dedicatoria	III
Agradecimiento	IV
Lista de tablas.....	V
Portada.....	1
Resumen.....	2
Capítulo I	3
Marco introductorio	3
Tema de investigación.....	3
Planteamiento del problema	3
Pregunta de investigación	5
Preguntas específicas	5
Objetivos de la investigación	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos	5
Justificación.....	6
Capítulo II.....	8
Marco teórico	8
Antecedentes de investigación	8

Bases teóricas	12
Fases de la adolescencia.....	13
Adolescencia inicial o baja adolescencia	13
Adolescencia media	14
Adolescencia final o alta adolescencia.....	14
Pensamiento y razonamiento en la adolescencia	14
Operaciones formales.....	15
Pensamiento moral	15
La importancia de los vínculos y los aspectos socioculturales en la adolescencia.....	17
Suicidio	18
Motivos, causas y sintomatología	20
Desde una perspectiva criminológica.....	20
Suicidio y genero.....	21
Proceso psíquico del suicidio	21
Ideación suicida	22
Factores de riesgo.....	23
Señales de alerta.....	24
Fases de la ideación suicida en adolescentes	25
Deseo de morir	25
Representación suicida.....	26
La idea de autodestruirse.....	26

La idea suicida con plan inespecífico.....	26
La idea suicida planificada.....	26
Tipos de ideación suicida	27
Concretas.....	27
Ambiguas	27
Dimensiones de ideación suicida	27
Actitud hacia la vida/muerte	27
Pensamiento suicida	29
Proyecto suicida	29
Actualización del intento o desesperanza	30
Asistencia y prevención	32
La ideación como primer eslabón al suicidio.....	34
Aspectos legales	37
Artículo 1, 2, 3	37
Artículos 4, 5, 6.....	38
Artículo 7	40
Artículos 8.....	41
Artículos 9, 10, 11, 12,	42
Artículos 13, 14, 15.....	43
Capítulo III.....	45
Marco metodológico	45
Tipo de investigación	45

Nivel de investigación.....	46
Diseño	46
Población.....	46
Muestra.....	47
Validación	48
Procedimiento	48
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	51
Descripción del procesamiento y análisis de datos	51
Instrumento	52
Consideraciones éticas	52
Capítulo IV	53
Marco analítico.....	53
Capítulo V.....	65
Conclusiones	65
Recomendaciones.....	68
Bibliografía	69
Anexos	73

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1 Cuadro de Variables</i>	44
<i>Tabla 2 Ideación suicida en adolescentes</i>	49
<i>Tabla 3 Características de los adolescentes</i>	53
<i>Tabla 4 Nivel de actitud hacia la vida/muerte</i>	54
<i>Tabla 5 Nivel de pensamientos/deseos suicidas</i>	56
<i>Tabla 6 Nivel del proyecto de intento</i>	58
<i>Tabla 7 Nivel de realización del intento contemplado</i>	60
<i>Tabla 8 Nivel de los factores de fondo</i>	62
<i>Tabla 9 Nivel de ideación suicida en los adolescentes del 3° ciclo del colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque</i>	63
<i>Tabla 10 Escala de ideación suicida de Beck</i>	76
<i>Tabla 11 Respuestas del test de ideación suicida de Beck</i>	78

LISTA DE FIGURAS

<i>Ilustración 1 Nivel de ideación suicida</i>	50
<i>Ilustración 2 Nivel de actitud hacia la vida/muerte</i>	55
<i>Ilustración 3 Nivel de pensamientos/deseos suicidas</i>	57
<i>Ilustración 4 Nivel del proyecto de intento</i>	59
<i>Ilustración 5 Nivel de realización del intento proyectado</i>	60
<i>Ilustración 6 Nivel de los factores de fondo</i>	62
<i>Ilustración 7 Nivel de ideación suicida</i>	63

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS	Organización Mundial de la Salud
INPRF	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
DIEP	Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales
ISB	Escala de Ideación suicida de Beck

IDEACIÓN SUICIDA

Deisy Ferreira Pereira

Universidad Tecnológica Intercontinental

Nota del Autor

Carrera de Licenciatura en Psicología

deipereira@icloud.com

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo conocer el nivel de ideación suicida en adolescentes del 3° ciclo del colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque. En este estudio participaron 54 alumnos que voluntariamente aceptaron participar, de los cuales 31 son del sexo femenino y 23 del sexo masculino. La media de edad entre los participantes es de 14,14 años. Se obtuvieron los resultados a través del Test de Ideación Suicida de Beck, el cual mide con cada ítem el nivel de intensidad suicida; la ideación suicida se determina mediante los ítems “4 y 5”. Los resultados dieron a conocer un alarmante en los porcentajes de nivel de ideación suicida, si bien el resultado fue de un bajo nivel de ideación suicida en los alumnos, una minoría sí respondieron tener ideas activas de suicidio, como: “deseo de morir”, “capacidad para llevar a cabo el intento”. Con respecto a los factores de fondo en relación a la ingesta de alcohol e intento, el nivel de respuestas más altas es “bajo”. Esto significa que la ingesta de alcohol que pueden llegar a cometer no tiene nada que ver con querer realizar un intento de suicidio. Aquellos alumnos que respondieron negativamente a las preguntas relacionadas con la cercanía vincular, son jóvenes que han obtenido puntuaciones relativamente altas en el test de ideación suicida de Beck.

Palabras clave: ideación suicida, fases de ideación suicida, dimensiones, factores de fondo, adolescencia.

CAPITULO I

Marco Introductorio

Tema de Investigación: Ideación suicida en adolescentes del 3° ciclo del colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque.

Planteamiento del problema

Rodríguez (2012) Para comenzar con la explicación o fundamentación de esta investigación se hace necesaria la definición del concepto de “Ideación suicida,” que se define como la “aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia” (párr. 3).

Además, en esta definición se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal. Este término conviene diferenciarlo de la propia conceptualización del suicidio o acto autolesivo que resulta en muerte, así como del intento de suicidio que supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte (De la Torre Marti, 2013, pág. 3).

El interés sobre las ideas suicidas en adolescentes, se fundamenta en la consideración de lo importante que es el conocimiento y la indagación de las causas, efectos y variables que se ponen en juego ante tal fenómeno, ya que estas ideas se caracterizan por la aparición de pensamientos cuyo contenido se basa en terminar con su propia vida; pensamientos que varían desde la falta de valoración a la vida, deseo de terminar con su existencia, fantasías en torno a la muerte, y la planificación del acto suicida propiamente dicho (De la Torre Marti, 2013).

Sierra (2017) Entre los factores de riesgo para una ideación suicida se destacan los vinculados con afectaciones subyacentes de la salud mental y con acontecimientos desencadenantes, tales como: la muerte de un ser querido, el suicidio de alguien cercano, el fracaso de una relación amorosa, un cambio de entorno familiar o escolar, el alejamiento de los amigos, el acoso o rechazo escolar y los problemas con la ley. No podemos perder de vista que, en su cotidianidad, dichos eventos son normalmente superados por los niños y adolescentes.

Esto nos permite concluir que cuando se pasa al terreno de la ideación suicida, se tiene que pensar en la existencia de otros trastornos o afectaciones asociadas, entre ellos, los más frecuentes son: depresión, consumo de alcohol y drogas, impulsividad, trastornos psicóticos (párr. 13).

La ideación persistente supone un factor de riesgo en cuanto que facilita el llevar a cabo comportamientos finalmente lesivos y en algunos casos la propia muerte. En este sentido, determinadas creencias y pensamientos automáticos se activan cuando el individuo se expone a un evento estresante, influenciados por la combinación de predisponentes biológicos y de aprendizaje, así como historia de la persona. Estas creencias y pensamientos cuando son disfuncionales pueden provocar emociones y comportamientos en algunos casos relacionados con el riesgo de suicidio (De la Torre Marti, 2013, pág. 12).

En esta investigación trabajamos con la Escala de Intencionalidad suicida de Beck, que evalúa los niveles de tentativa suicida, tales como: la actitud hacia la vida y la muerte, los pensamientos y deseos suicidas, la realización del intento contemplado, el proyecto de intento suicida y los factores de fondo que lo llevaron a esa idea suicida. De esa forma poder medir la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos que presentan los alumnos.

A continuación se presentan los apartados de este Trabajo final de grado, exponiendo las dimensiones que se tendrán en cuenta en este estudio, el objetivo general y las preguntas a ser respondidas, justificación/fundamentación sobre el porqué de la elección a dicha temática, el problema de investigación, en el que se exponen algunos antecedentes de investigaciones y estudios que dan cuenta de la relevancia de la temática elegida, los objetivos formulados, el marco teórico/fundamentación teórica en el que se desarrollan los conceptos y nociones a trabajar, el diseño metodológico escogido, su implementación y posteriores resultados, la discusión/conclusión a la que se han llegado luego de la realización del proyecto, y finalmente, la bibliografía utilizada.

Las dimensiones que se tendrán en cuenta en este estudio de ideación suicida en adolescentes son: la actitud hacia la vida/muerte, pensamientos y deseos suicidas, proyecto de intento suicida, realización del intento proyectado, factores de fondo.

Esta investigación se realiza desde el enfoque de las, “Ciencias Psicológicas”

Por todo lo planteado más arriba se hace la siguiente pregunta central que guiará este estudio: **¿Cuáles son los niveles de ideación suicida en los adolescentes del 3° ciclo del Colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque?**

De esta pregunta Central se desprende otras más específicas:

- ¿Qué nivel de actitud hacia la vida y muerte muestran los adolescentes del 3° ciclo del Colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque?
- ¿Cuál es el nivel de los pensamientos y deseos suicidas que tienen los adolescentes del 3° ciclo del Colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque?
- ¿Cuál es el nivel del proyecto de intento suicida que tienen los adolescentes del 3° ciclo del Colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque?
- ¿Cuál es el nivel del proyecto del intento suicida que presentan los adolescentes del 3° ciclo del Colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque?
- ¿Cuál es el nivel de factores de fondo que lleva a las ideas suicidas a los adolescentes del 3° ciclo del Colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque?

Objetivos:

General:

- Determinar el nivel de ideación suicida que tienen los adolescentes del 3° ciclo del Colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque.

Específicos:

- Identificar el nivel de actitud suicida que muestran los adolescentes del 3° ciclo del Colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque.
- Verificar el nivel de pensamientos y deseos suicidas que tienen los adolescentes del 3° ciclo del Colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque.
- Especificar el nivel del proyecto de intento suicida que realizan los adolescentes del 3° ciclo del Colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque.

- Identificar el nivel del intento proyectado de los adolescentes del 3° ciclo del Colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque.
- Identificar el nivel de factores de fondo en los adolescentes del 3° ciclo del Colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque.

Justificación y Viabilidad

Se decide realizar esta investigación para determinar los niveles de ideación suicida en jóvenes adolescentes del 3° ciclo, considerados como un grupo susceptible y en los que se descuida la salud mental. Teniendo en cuenta que están en una etapa de cambios, esto es posible que ocasione ansiedad y depresión, lo cual podría culminar en un acto suicida si las señales de advertencia no se reconocen a tiempo.

Se considera que esta investigación podría servir como marco de referencia para sensibilizar a la población en general, reconociendo que el suicidio es un problema complejo de Salud Pública que está a la orden del día y que afecta a millones de personas en el mundo. Como justificación social, se hace un aporte a la comunidad adolescente ya que los hallazgos permitirán visualizar la problemática de la ideación suicida en los adolescentes.

El trabajo tiene relevancia social porque se obtuvo información real y actualizada de la problemática de estudio, cuyo resultado servirá de referencia para que las autoridades de la Institución Educativa tomen las medidas preventivas necesarias y de tal manera servir de apoyo a sus estudiantes.

También tiene implicancia práctica ya que los resultados servirán para concientizar e informar a la población estudiantil sobre este problema actual, así tanto el sector educativo, como de salud busquen estrategias de intervención. Por otro lado, el trabajo tiene evidencia científica porque se revisó literatura y antecedentes sobre el problema y se aplicó instrumentos que evidenciaron hallazgos, motivo de análisis y discusión, por lo tanto, deja hallazgos para futuros trabajos de investigación que solucionen la problemática planteada, beneficiando a la población de estudio y que la sociedad fortalezca y/o mejore sus conocimientos con el tema. Teniendo en cuenta que la visión que la sociedad tiene de la ideación suicida, es un tema que se tiende a ocultar, ya que impacta al sistema familiar y a la sociedad en sí.

“Siendo el suicidio una tragedia no mencionada tradicionalmente se ha evitado pensar que los jóvenes ven a la vida como un sufrimiento en el que, con su propia voluntad, deciden ponerle fin a su vida, por lo que muchas veces se prefiere llamar “accidente” al suicidio.

Sin embargo, es un tema del que se tiene que tener conocimiento, conocer las causas, los primeros síntomas, que sería “la ideación suicida”, para tener herramientas preventivas ante tal fenómeno” (Castillo Ledo, Ledo González, Ramos Barroso, 2013, pág. 5).

Para concluir y hablando de manera general podemos decir que la sociedad, el sistema de salud, los servicios sociales y la familia deben propiciar el desarrollo de factores protectores que apoyen el logro de una adecuada autoestima, que les brinden posibilidades de enfrentar problemas con responsabilidad; además de oportunidades de autoafirmación positiva, y que proporcione espacios sociales adecuados para lograr un soporte familiar abierto y brindar la oportunidad de superación educacional y cultural que le faciliten la solución a los problemas. La ausencia de vías para la solución puede llevar al adolescente a alcanzar altos niveles de desesperación y sentimientos de impotencia y por tanto a la autodestrucción, ideación suicida y como acto final al suicidio.

CAPITULO II

Marco Teórico

Antecedentes

Se han encontrado antecedentes, de estudios e investigaciones que dan cuenta la relevancia de las ideas suicidas en adolescentes como una problemática que va en aumento en nuestra sociedad. Antecedentes que demuestran lo fundamental de poder evaluar y detectar estas ideas a tiempo, y poder intervenir adecuadamente en el caso de ser necesario, antes que el joven lleve a cabo las ideas suicidas, lo que finalizaría en el acto consumado.

En una investigación realizada en Medellín, Colombia: “Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio”, refieren que la OMS (Organización Mundial de la Salud), reporta que existen alrededor de un millón de suicidios al año en todo el mundo, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos, y que los jóvenes de 15 a 24 años son los grupos poblacionales de mayor riesgo suicida en el continente americano. En dicha investigación utilizan una encuesta auto aplicada con una muestra aleatoria de 779 adolescentes, para evaluar riesgo suicida, depresión, consumo de sustancias psicoactivas y disfunción familiar; utilizando como instrumentos: ISO-30 (Inventory of Suicide Orientation), CDI-LA (Children’s Depression Inventory), CIDI-II (Consumo de sustancias psicoactivas) y Apgar familiar (A proposal for a family function test and its used by physicians); obteniendo como resultado que la prevalencia de suicidio se encuentra entre el 23% y 26,5%, y que tanto la depresión como la disfunción familiar, se asocian con el riesgo suicida. Finalmente, concluyen que cuán importante es investigar sobre el riesgo de suicidio en la población adolescente escolarizada y poder diagnosticar a tiempo al joven en riesgo, para poder brindarle adecuado tratamiento en los casos sospechosos para evitar desenlaces fatales (Toro, Paniagua, González y Montoya, 2006, pág. 2).

En México se realizó un estudio llamado: “Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos”, en el que se propone identificar cada una de estas variables mediante un cuestionario auto aplicado en dos escuelas de educación secundaria en adolescentes cuya edad promedio era 13,7 años; utilizando como instrumentos la Escala de Estrés Cotidiano Familiar, la Escala de Autoestima, la Relación con el Padre y con la Madre, una Escala de Respuestas de Afrontamiento ante Estresores Cotidianos Familiares y con mejor amigo/a, una Escala de impulsividad, la Escala de Depresión CES-D, y la ideación suicida con el mismo formato del CES-D. Como resultados de esta investigación se refleja que, los adolescentes con depresión y/o ideación suicida, tienen más conflicto con alguno de sus padres, y que éstos discuten por problemas económicos; suelen tener baja autoestima, son impulsivos y usan respuestas de afrontamiento agresivas.

En relación al género, la prevalencia de ideas suicidas, se da en un 7% en hombres y un 11% en mujeres. Por lo que se concluye que es esencial identificar y reconocer la presencia de conductas suicidas, y los indicadores emocionales evaluados, para arribar a propuestas de prevención y promoción de la salud. Se ha documentado que las ideas suicidas son importantes predictoras de intentos suicidas e incluso de suicidios consumados, y por otro, mencionan que la literatura científica, evidencia que los trastornos depresivos y la ideación suicida se relacionan con la conducta suicida en los adolescentes. Como factores de riesgo, es importante señalar que la interacción entre ellos potencia significativamente el riesgo, ya que cada uno de ellos contribuye en alguna medida, por lo que se cree fundamental incidir en la prevención y en el tratamiento en etapas tempranas, a fin de minimizar las consecuencias (Forteza, Lira, Caballero Gutiérrez y Wagner Echegaray, 2003, pág. 1).

Por otro lado, en Chile, también se ha investigado sobre esta problemática. En un estudio denominado: “Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile”, se proponen como objetivo determinar la prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes entre 14 y 19 años en una muestra representativa de la Región Metropolitana. También busca analizar la asociación entre sexo, edad y tipo de colegio versus ideación e intento suicida, para poder contar con información reciente acerca de la suicidalidad de este grupo etéreo, este objetivo busca fomentar la implementación de programas preventivos.

Se utilizó una encuesta auto aplicada, anónima y voluntaria, la cual se dividía en dos partes: la primera contenía la escala de depresión de Zung y la segunda constaba de cinco preguntas para evaluar distintos niveles de suicidalidad. Concluyen que: en cuanto al índice de suicidalidad por edad, la mayor incidencia de ideación grave se da a los 15 años, y que existe más intentos suicidas en adolescentes de 16 años. En relación a la gestión educativa (municipal, subvencionado y privado). Variable socioeconómica: se observa una diferencia significativa en alumnos de colegios municipales y subvencionados, de aquellos que concurren a privados. En los dos primeros, no hay una diferencia clara entre ideación suicida, aunque es más frecuente en colegios municipales que en subvencionados.

La ideación es superior en colegios municipales (66,3%) y subvencionados (69,4%) que en los privados (46,3%) (Junca, Carvajal, Undurraga, Vicuña, Egaña y Garib, 2010).

En cuanto a la importancia de los factores de riesgo, se ha realizado en Córdoba una investigación denominada: “Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes”, en el que intentan identificar los factores asociados al riesgo suicida en niños y adolescentes hospitalizados por intento suicida y evaluar como factores de riesgo las siguientes variables: trastornos psicopatológicos y familiares. Esta investigación será llevada a cabo mediante un estudio prospectivo en donde se realizan entrevistas clínicas y test a pacientes con intentos suicidas; el total de la muestra es de 41 jóvenes (Bella, 2010).

Se obtiene como resultado que el 56,1% de los intentos de suicidio fue de sexo femenino y el 43,9% de sexo masculino. Los factores de riesgo psicopatológico asociados al grupo con intento suicida fueron: intentos de suicidio previos y trastornos de conducta en los niños. Alfonso Martín (2013) A nivel mundial, el aumento de este fenómeno ha sido paulatino en la población adolescente y también se considera como un problema de Salud Pública.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), lo refiere como la segunda causa de mortalidad en la adolescencia (de los 12 a los 19 años de edad).

En México, las investigaciones epidemiológicas mencionan como factores de riesgo la falta de oportunidades académicas y laborales, el fracaso académico, el bajo nivel académico de los padres, la pobreza, la violencia intrafamiliar, el aislamiento social, las escasas relaciones interpersonales, el uso de drogas, el embarazo, la violencia intrafamiliar; y a nivel mundial el bullying escolar y a través de redes sociales.

La implementación de programas de prevención en las instituciones con las que tiene contacto el adolescente, como son: clubes sociales, deportivos, la escuela y la familia, a partir del uso de los medios de comunicación y de la tecnología con la que se relaciona el adolescente, permitirá identificar los factores de riesgo para prevenir e intervenir terapéuticamente antes de la consumación del suicidio (párr. 2).

Sandra Constanza y Cañón Buitrag (2018) “En una investigación realizada en México en 2015 con 65 adolescentes, los problemas familiares fueron la principal causa del intento suicida, 51 de los participantes mencionaron los problemas familiares como causa principal del intento de suicidio, en situaciones como violencia entre los padres, problemas entre hermanos o problemas entre los padres” (pág. 45).

En cuanto a los factores familiares: conductas suicidas/trastornos de conducta y composición de familia mono parental. Los investigadores concluyen que el impacto emocional que provoca el suicidio es grande, y que más significativo es cuando es un niño o adolescente, por lo que es necesario tener una mirada integral biopsicosocial, también mencionan que en Argentina, son pocos los estudios en la población infantojuvenil, respecto a esta temática, por lo que es necesario promover nuevas líneas de investigación y acción para asegurar la salud mental de los niños y adolescentes y evitar consecuencias que comprometan su vida (Bella, 2010, pág. 3).

Bases Teóricas

Definición de “ADOLESCENCIA”

“El término “adolescencia” proviene del latín *adolescens* que significa “hombre joven y deriva también de que significa “crecer, padecer, sufrir”. Consecuentemente, es un período conflictivo, “crítico”, es decir, un momento decisivo en el cual el sujeto se separa de lo familiar, juzga y decide. Así mismo, lo consideran un “purgatorio”, un tiempo en el que nuevamente se vivencia el sufrimiento del nacimiento, es decir que podría interpretarse como un “segundo nacimiento”, pero psicológico” (Griffa y Moreno, 2005, pág. 8).

El período de vida caracterizado como “adolescencia”, al igual que todo fenómeno humano, explican Aberastury y Knobel (1971), se lo debe considerar como tal dentro de un marco cultural-social en el cual se desarrolla. Así que es importante comprender esta etapa como un fenómeno específico en la historia del desarrollo del ser humano, como también las condiciones del contexto geográfico en el que se desarrolla y las variables temporales histórico-sociales. A su vez, mientras los elementos socioculturales influyen en las manifestaciones adolescentes, se debe tener en cuenta que también existen variables psico biológicas que dan características universales a este fenómeno.

Según Aberastury y Knobel (1971) una característica propia se refiere a que, como toda situación de crisis, obliga al individuo a reformularse los conceptos que tiene sobre sí mismo, llevando a un abandono progresivo de la imagen infantil y a empezar a proyectarse en un mundo adulto. El fenómeno adolescente, debe tomarse como un proceso universal de cambio, de desprendimiento, pero que tendrá connotaciones particulares dependiendo el medio circundante por el que se vea envuelto el joven, las cuales favorecerán o dificultarán el desarrollo, según las circunstancias.

De acuerdo a Carvajal Corzo (1994), el ser humano a lo largo de su desarrollo se ve atravesado por etapas relativa tranquilidad, como también períodos de cambios y crisis. Dependiendo la fase que se esté atravesando, van a ser las exigencias específicas a la estructura psíquica, “el período de cambios y crisis que se designa con el nombre de adolescencia es sin duda la más turbulenta de todas. Abarca, más o menos, la segunda década de vida.” (pág. 9).

Como en cualquier otra fase del ciclo vital del ser humano, la persona no sólo se define por su desarrollo individual, sino también por el medio externo que lo rodea, los otros significativos con los que se relaciona, que en principio son los vínculos parentales, y luego pasan a ser compañeros y profesores. Para el adolescente, los grupos e instituciones en los que se encuentra inserto, la clase socio económica a la cual pertenece, la cultura que lo rodea y sus ideales adquieren fundamental importancia, ya que son las interacciones con las que el joven cuenta, por un lado, y las figuras significativas por el otro, las que le dan a esta etapa vital un carácter especial que lo diferencia de las diferentes etapas de la vida (Carvajal Corzo, 1994).

Para poder comprender qué se entiende por adolescencia, se debe pensar en el marco de un ciclo vital que engloba al sujeto desde sus inicios de constitución psíquica, este ciclo del ser humano está constituido por una secuencia compleja de períodos de una relativa tranquilidad y períodos de grandes cambios, frecuentemente acompañados de crisis (Carvajal Corzo, 1994).

Tal como explica Fernández Mouján (1997), la adolescencia no es una unidad definible estáticamente para siempre, sino que se trata de un período de transición, que se divide a su vez en tres etapas: pubertad, adolescencia propiamente dicha o media, y final. Se puede explicar a la adolescencia como un período del desarrollo en el que el joven transita duelos, crisis de identidad, como una organización libidinal e integración genital o como un proceso en el que se desarrolla el pensamiento adulto.

Fases de la adolescencia

Según Griffo y Moreno (2005), es posible distinguir tres fases en la adolescencia: “adolescencia inicial o baja”, “adolescencia media o propiamente dicha” y “adolescencia alta o final”:

1. Adolescencia inicial o baja adolescencia: Abarca aproximadamente entre los 11 y 13 años, incluyendo en esta etapa a la pubertad.

Como principal característica se da el desarrollo corporal, que demanda una importante reorganización de la personalidad, con una definitiva diferenciación física entre los sexos. En cuanto a las relaciones parentales, la familia sigue siendo el centro de su vida, aunque lentamente empieza la tarea de desprendimiento de ella.

2. Adolescencia media o propiamente dicha: Comprende el período entre los 12, 13 años a los 16 años. Es la fase en donde se constituye la identidad personal y sexual. En cuanto al desarrollo corporal, ya no es tan acelerado como lo era en la etapa puberal, y alcanza proporciones adultas. En cuanto a la relación con la familia, los autores destacan el distanciamiento familiar que se produce, en donde la familia deja de ser el centro de existencia. Se producen logros de lograr independencia, lo que lleva la gran parte de las veces a conductas de rebeldía y a la autoridad en general. De forma paralela al distanciamiento, se adhieren al grupo de pares, creando sus propias normas y costumbres, acordes a la ideología grupal imperante, grupos en los que predomina la orientación al sexo opuesto, conformados heterogéneamente. Consecuentemente, en esta fase se producen fuertes ambivalencias y contradicciones debido a las fantasías de independencia que genera separaciones y uniones a nuevos grupos, donde el descontrol y la confusión son muy frecuentes. Esta etapa está fuertemente caracterizada por la búsqueda del sentido de la vida, el descubrimiento de valores y de preocupación ética.

3. Adolescencia final o alta adolescencia: es difícil determinar cuándo culmina el periodo adolescente, esto dependerá de distintos criterios que consideren importante la inserción laboral, el partir de la casa, finalizar el secundario, lograr un título universitario, el casamiento, en esta etapa el joven realiza un doble movimiento: hacia el mundo externo (grupo de pares, amistad, vínculos amorosos); y otro movimiento hacia el mundo interno (ideales, proyectos de vida, responsabilidad social, conciencia moral) (Griffa y Moreno, 2005).

Pensamiento y razonamiento en la adolescencia

El desarrollo cognitivo en los adolescentes, al igual que otras áreas de maduración, está en constante cambio y desarrollo, aunque no tan visible como otras esferas de crecimiento. Las alteraciones a nivel intelectual y del pensamiento, producen consecuencias e implicaciones en los comportamientos y actitudes de los jóvenes. A su vez, estos cambios hacen posible la independencia del pensamiento y la acción, desarrollando una perspectiva temporal que incluye al futuro, facilita el progreso a la madurez en las relaciones, las destrezas comunicacionales, y son de gran ayuda para la capacidad del individuo para asumir responsabilidades en un mundo adulto en la sociedad (Coleman y Hendry, 2003).

- **Operaciones formales:** Coleman y Hendry (2003), hacen referencia al concepto de operaciones formales, desarrollado por el psicólogo suizo Jean Piaget, sobre el desarrollo cognitivo de los adolescentes. Éste señala que existe un cambio cualitativo en la naturaleza de la capacidad mental del joven, lo que lleva a la consolidación del pensamiento operacional formal propiamente dicho. Se hace especial distinción entre las operaciones concretas y las formales, en las concretas (entre los 7 y 11 años), el niño comienza a dominar las nociones de clases, relaciones y cantidades; también permite formularse hipótesis y explicaciones sobre acontecimientos concretos. De todas maneras, en la etapa concreta, el niño no es capaz de diferenciar claramente entre lo que se da perceptivamente y lo que se construye mentalmente. En cambio, cuando el joven accede a las operaciones formales, empieza a tener a su disposición otro tipo de capacidades, considerando la más relevante, la capacidad para construir proposiciones “contrarias a los hechos”. “este cambio se ha descrito como un desplazamiento de énfasis en el pensamiento adolescente de lo “real” a lo “posible”, y facilita un enfoque hipotético- deductivo para la resolución de problemas y para la comprensión de la lógica proposicional”, (Coleman y Hendry, 2003).

Tal como señala Fernández Mouján (1997), refiriéndose al pensamiento lógico-formal como el verdadero cambio en el pensamiento adolescente, haciendo referencia a la teoría de Piaget; señala que las estructuras formales, no son innatas ni socialmente adquiridas, sino que dependen de dos factores: por un lado, la interacción con el medio, y por otro, de factores endógenos de carácter biológico.

De esta manera, la lógica formal, permite al pensamiento adolescente, la incorporación a la sociedad y un mayor dominio de los impulsos, gracias a que la capacidad de espera se hace posible.

A su vez, permite captar los valores culturales abstractos como patria, ideología, entre otras, hasta el momento no reconocibles, ya que, en el estadio anterior del desarrollo del pensamiento, se limitaba a ideas u objetos concretos.

- **Pensamiento moral:** De acuerdo a Jean Piaget (1932), y su teoría del juicio moral del niño, explica la existencia de dos estadios en el desarrollo de la moral. El primero: “realismo moral”, es un periodo en donde los niños hacen juicios sobre una base objetiva, por ejemplo, estiman la cantidad de daño que se ha causado.

El segundo estadio, que corresponde a la edad de 8 a 12 años aproximadamente, se lo llama moralidad de cooperación o de reciprocidad; en éste, las decisiones sobre la moralidad se hacen sobre una base subjetiva, y dependen de la intencionalidad de los actos, más que de una consecuencia.

La vida del adolescente transcurre en dos planos: el de la familia y el grupo de pares, en una progresiva separación y construcción de la identidad. Pero el entorno del joven comprende también demandas sociales más amplias como la elección vocacional, la inserción laboral, el rendimiento académico, el cómo transita el tiempo libre y el uso del dinero (Griffa y Moreno, 2005).

Silvia Di Segni, en Griffa y Moreno (2005), menciona la “gran orfandad del siglo XX”, haciendo referencia a la pérdida de las figuras parentales como modelos a imitar; parte de la cultura ha desdibujado el rol adulto y es necesaria la creación de nuevos modelos de adultez, lo que implica dejar de lado la idea de adulto como alguien que cumple un rol autoritario, los jóvenes necesitan padres, personas que se diferencien de ellos, que marquen límites, que estén presentes, ya que si esto no ocurre, no logran una adecuada socialización, no aprenden a esforzarse y no toleran frustraciones, lo que podría llevar a consecuencias negativas muchas veces expresadas en conductas destructivas hacia los demás o hacia sí mismos.

Sternbach (2006) explica que los jóvenes de hoy no se parecen a los de algunas décadas anteriores. Debido a mutaciones culturales, que han producido cambios en la subjetividad de todas las sociedades, por lo que no se puede definir a la adolescencia como una categoría estática y rígida, no constituye un universal, es definida como tal en cierto momento histórico dependiendo los discursos que predominen en cada época. Hoy, a diferencia de otros periodos históricos, la adolescencia era considerada una etapa de transición que culminaba en la adultez, actualmente la juventud es aquello que todos aspiran alcanzar, construyéndose así en un ideal colectivo.

A su vez, explica la autora, la rapidez e inmediatez con la que se vive el tiempo y sus transformaciones socioculturales, producen cambios repentinos en la construcción de subjetividad, a tal punto en el que las brechas entre generaciones se unen cada vez más, lo que hace más difícil diferenciarlas.

La importancia de los vínculos y los aspectos socio culturales en la Adolescencia

Es fundamental, a la hora de estudiar cualquier problemática social, tener en cuenta el ambiente circundante en el que se encuentra inserto tal fenómeno, como así también las variables socio-culturales que lo rodean. Tal como explican Aberastury y Knobel (2006), el proceso adolescente no se da como una entidad aislada de la sociedad y del entorno que rodea al joven, es decir que su desarrollo no va a depender únicamente de él y sus variables internas, sino que, la familia, por ser el primer esbozo de mundo social, influye decisivamente y determinará modos de ser del adolescente. Posterior a estas primeras identificaciones con las figuras parentales, el medio será el encargado de delimitar las nuevas posibilidades de identificación, incorporando pautas socioculturales y económicas. Los dinamismos internos del sujeto, siguen conservándose, pero las características del mundo externo, irán modificándolas lentamente.

Ricardo Rodulfo (2004) menciona que, en la etapa adolescente, existe “un nuevo acto psíquico”: la inscripción del nosotros en la adolescencia.

El nosotros, como una adquisición expuesta a fallas, idas y vueltas, pero implica que en la adolescencia se vuelva a pensar y a plantear la problemática de la alteridad. Por un lado, porque el adolescente necesita ser reconocido por sus pares, y ser admirado por ellos, en esta etapa se vuelve esencial, y por el otro, porque se produce un proceso de desprendimiento del núcleo familiar. La vida del adolescente transcurre en dos planos: el de la familia y el grupo de pares, en una progresiva separación y construcción de la identidad.

Pero el entorno del joven comprende también demandas sociales más amplias como la elección vocacional, la inserción laboral, el rendimiento académico, el cómo transita el tiempo libre y el uso del dinero (Griffa y Moreno, 2005).

Suicidio

La palabra suicidio deriva del latín moderno *sui* (de sí mismo) y *cidium* (matar), el Diccionario Hispánico Universal (1968) define al suicidio como un acto intencional causado a uno mismo que pone en peligro la vida y que da como resultado la muerte. Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (1968) lo define como un acto con resultado mortal, cada día hay en promedio casi 3000 personas que ponen fin a su vida, y al menos 20 personas intentan suicidarse por cada una que lo consigue. De esta manera se estima que para el año 2020, el número de defunciones por esta causa crecerá un 50% para alcanzar los 1,5 millones de muertes anuales. Según el “Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida”, se considera que el suicidio en jóvenes es uno de los problemas más importantes en la actualidad. Refiere que la Organización Mundial de la salud (OMS), ubica al suicidio dentro de las diez primeras causas de muerte a nivel mundial, “al año mueren en el mundo alrededor de un millón de personas y 1,8% del total de fallecimientos son por este motivo. Los datos de suicidio entre los jóvenes son muy preocupantes, entre los 15 y 24 años se establece entre la segunda y tercera causa de muerte, igual para ambos sexos. Las tasas de suicidio, aunque varían considerablemente entre países, han aumentado aproximadamente en un 60% en los últimos 50 años.

El problema es de una gran magnitud si se tiene en cuenta que por cada suicidio consumado existen al menos 20 intentos.” (De la Torre Marti, 2013, p.3). Los autores hacen referencia también, a la estrecha relación que existe entre suicidio y depresión, destacando que la mayoría de las personas que se suicidan, tienen antecedentes depresivos y la mitad de las personas con diagnóstico de depresión, han tenido intentos suicidas, es un fenómeno que se lo debe considerar como multi causal, en el que aspectos psicológicos, sociales, y psiquiátricos se ponen en juego en relación al acto suicida. Por lo que se cree prioritario, que la conducta suicida sea prevenida y atendida de manera adecuada, esto se puede llevar a cabo mediante la detección de los signos que pueda presentar el joven de ideación y pensamientos suicidas, ya que aquellos son los que suelen aparecer en los consultorios clínicos (De la Torre Marti, 2013).

Desde la psicología y la sociología varios autores son los que coinciden en que a pesar de que sea un acto individual, las causas que llevan al individuo a terminar con su vida dependen de factores sociales.

Así, por ejemplo, Durkheim (1985) definió al suicidio como un hecho social, como la búsqueda de una solución, y el problema se constituiría para aquellos que siguen vivos en el sistema social. Sostiene además que es tan suicidio matarse como dejarse morir, cuando la persona en el momento de cometer el acto que pondrá fin a su vida, sabe con certeza lo que normalmente debe resultar del mismo. Además, manifiesta que entre los aspectos y factores importantes en el suicida se deben señalar: aislamiento, imposibilidad de abstenerse a normas sociales o de cumplir anhelos personales y la pérdida de la propia estima. Marchiori (1999), considera que el suicidio es un comportamiento que la persona realiza intencionalmente de manera autodestructiva. Se desarrolla en un contexto de una etapa altamente sensible de la vida, panorama que se ve agravado si el contexto familiar-social no es lo suficientemente apto para contener a la persona en riesgo.

La autora recientemente mencionada, hace referencia a que el suicidio no se trataría de una entidad psicopatológica, sino más bien un fenómeno en el que se encuentran variables biológicas, psicológicas, sociológicas y culturales. A su vez, tanto el suicidio como el intento de suicidio no cuentan con un significado unívoco, dependen de las circunstancias en las que se encuentre cada persona y el estado emocional en el que se encuentre.

Según Marchiori (1993), gran parte de las veces han observado comunicaciones y advertencias verbales por parte de la persona que se encuentra en riesgo. Estos intentos de comunicar algo son más bien un aviso dirigido a alguien un mensaje que por lo general lo que busca es una respuesta por parte del receptor.

Motivos, causas y sintomatología

Con respecto a los motivos que llevan a una persona a decidir quitarse la vida, Marchiori (1990) considera que el suicidio puede darse por:

- Depresión.
- Alcoholismo.
- Conflictos familiares.
- Conflictos económicos.
- Situaciones sociales y culturales
- Situaciones de enfermedad orgánica.
- Situaciones de enfermedad mental.

Desde una perspectiva criminológica: (Solomon y Patch)

- La persona que intenta suicidarse o que voluntariamente autodestruye su vida, presenta una acentuada vulnerabilidad emocional, familiar y social.
- La depresión por pérdidas reales, concretas y muy importantes en su vida, constituye la base de los comportamientos suicidas.
- El suicida produce un comportamiento irreversible para sí, para su familia y para la sociedad.
- Todo intento de suicidio pone en serio riesgo la vida de la persona y existe el peligro de las repeticiones o reincidencias autodestructivas.
- El suicida daña moralmente a su familia, a la sociedad y a la cultura a la cual pertenece.
- Se requiere reforzar las medidas asistenciales y de prevención del suicidio.
- Son necesarios mayores programas para cuidar la vida de las personas.

Suicidio y género

Se evalúa la conducta de riesgo y protección a la salud, y se concluye que los hombres tienden a situaciones de riesgo y de daño en mayor medida que las mujeres. Los hombres tienden a ser más impulsivos, por lo que son más propensos a realizar acciones auto lesivas, en las mujeres en cambio, hay una prevalencia en cuanto a los sentimientos de desesperanza y la depresión (LanghinrichsenRohling en Villalobos Galvis, 2009).

En cuanto al suicidio por género, se cree que los hombres incluyen métodos de mayor letalidad, se rehúsan a pedir ayuda, son más propensos a las sustancias psicoactivas y al consumo excesivo de alcohol. Las mujeres, poseen más mecanismos de afrontamiento ante situaciones estresantes, tienen en cuenta más de una variable a la hora de tomar alguna decisión, tendencia que las ayudaría en el momento de llegar al suicidio consumado (Villalobos Galvis, 2009). A nivel estadístico, se calcula que cada cien personas que intentan suicidarse, un 70% pertenece al sexo femenino, pero las personas que realizan el acto suicida propiamente dicho/consumación del acto, 70 de cada 100 personas son varones. En su mayoría, los intentos suicidas frustrados ocurren en las mujeres (Morón, 1987).

Proceso psíquico del suicidio

Marchior (1990), señala que las personas con riesgo suicida, se encuentran en un estado emocional de desesperación y angustia incontrolable. El proceso psíquico, comprende las siguientes etapas:

- **La idea del suicidio:** la representación mental del acto. Las ideas de muerte van estructurando una personalidad cada vez más angustiada y con una progresiva marginación o auto marginación social.
- **La preparación del suicidio:** los comportamientos y actos preparatorios de la acción, por ejemplo, comprar veneno, armas, escribir cartas, preparar funeral, despedirse de los familiares.
- **El suicidio:** acto de matarse, tiene como consecuencia la muerte (Marchiori, 1990).

Ideación Suicida

Se define a la ideación suicida como “la aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar la propia existencia” (De la Torre Marti, pág. 3, 2013). También se incluyen aquellos pensamientos que refieren a la falta de valor del sentido de la vida, deseos de quitarse la vida, la planificación del acto suicida y fantasías en torno a la muerte. Menciona la autora, que se debe hacer particular diferenciación entre lo que se entiende como ideas suicidas y el acto suicida propiamente dicho, ya que éste último tiene como resultado final la eliminación de su propia vida, mientras que las ideas hacen referencia a una tentativa de autolesión o autoeliminación intencionada sin resultado de muerte.

Según De la Torre Marti, existen diversas causas de ideación suicida, ya que es un fenómeno multi determinado. Desde una perspectiva cognitiva-conductual, destacan algunos factores que podrían tener mayor influencia sobre las ideas y conducta suicida. Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) explican que la una persona puede expresar cierta tendencia al suicidio en conductas manifiestas: “el sigilo, una decisión súbita de cumplir un deseo y en las expresiones verbales. El suicida puede decir, por ejemplo: “no deseo seguir viviendo” o “quiero terminar con todo”. Otras expresiones que pueden indicar ideas de suicidio son “no voy a aguantar mucho más”, “soy una carga para todo el mundo”, “las cosas no van a mejorar nunca”, “toda mi vida he sido inútil, etc.”. En ocasiones, la expresión de los deseos de suicidio es indirecta y sólo puede comprenderse retrospectivamente” (Beck, Rush, Shaw y Emery, pág.192, 1983).

Los autores recientemente mencionados, consideran que la intencionalidad suicida se trataría de un continuo; en sus extremos se encuentran, por un lado, la intención firmemente de suicidarse; por el otro, la idea de seguir con vida. A lo largo de este continuo se pueden encontrar distintos grados de intencionalidad que van variando en este trayecto, el individuo tiene pocas o muchas intenciones de seguir viviendo, por más que existan expresiones del tipo “no puedo soportarlo más”, no necesariamente significa que tenga la firme convicción en su deseo de quitarse la vida, aunque si constituyen una manifestación de querer abandonar toda sensación de tristeza y malestar, aunque sea por un período de tiempo. El deseo de una persona con rasgos depresivos, que intenta huir a la vida puede ser tan grande, que tenga en vista la idea del suicidio como una posibilidad mejor a su estado actual (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1993).

La presencia de un estilo cognitivo en personas que tienen una perspectiva pesimista sobre su futuro, el entorno y ellos mismo y la presencia de rasgos depresivos, asociados a un proceso emocional y comportamental disfuncional, puede llevar a la persona a un sentimiento de desesperanza, disminuyendo así las posibilidades de que la persona encuentre soluciones disponibles, lo que hace aumentar la probabilidad de suicidio (De la Torre Marti, 2003).

Explica De la Torre Marti (2013), que una hipótesis fundamental a la hora de explicar las ideas suicidas, es que aparezca un suceso estresante que haga desencadenar ciertas emociones (generalmente de frustración/rechazo), la sensación de querer desaparecer de alguna situación que se le presenta como imposible ante las posibilidades que piensa el sujeto tener en algún momento, junto a la idea de que no es posible encontrar una solución a sus problemas, y finalmente, la falta de recursos para aliviar la crisis (por ejemplo, apoyo social).

De acuerdo a De la Torre Marti (2003), es fundamental a la hora de detectar el riesgo suicida, evaluar los factores de riesgo del individuo y tener en cuenta que cuanto mayor sea el número de factores en una misma persona, mayor será la probabilidad de que se presente una ideación o una conducta suicida; así mismo, que no se encuentren presentes no significa que una persona no pueda llevar a cabo alguno de estos comportamientos.

Factores de riesgo

Según De la Torre Marti (2003), se debe prestar atención si se encuentra alguno de los siguientes Factores de riesgo:

- Depresión
- Alcoholismo
- Adicción a sustancias
- Psicosis
- Intentos previos de intentos de suicidio o autolesiones Aislamiento
- Enfermedad física (posibles consecuencias vitales, crónica o que provoque gran debilitamiento)
- Historia familiar de trastornos del estado de ánimo, alcoholismo o suicidio

- Duelo, pérdida reciente o preocupación con el aniversario de una pérdida traumática
- Desestabilización familiar debido a una pérdida, abuso personal o sexual, o violencia
- Trauma reciente (físico o psicológico)
- Plan específico de suicidio formulado
- Abandonar pertenencias preciadas o cerrar/arreglar asuntos
- Cambios radicales en el comportamiento o estado de ánimo
- Exhibir una o más emociones negativas intensas poco característica
- Preocupación por abuso pasado

Señales de alerta

Según De la Torre Marti, (2003) las personas que se encuentran en riesgo suicida, presentan los siguientes signos o señales de alerta habituales:

- Verbaliza directamente la idea o posibilidad de suicidarse, con frases como “quiero quitarme de en medio”, “la vida no merece la pena”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto”. Es posible que las verbalizaciones de algunos pacientes sean menos completas por lo que es imprescindible mantenerse atentos cuando aparecen otras sutiles como “esto no durará mucho”, “pronto aliviaré mi sufrimiento”, “dejaré de ser una carga”; así como las dirigidas hacia él mismo, el futuro o la vida tales como “no valgo para nada”, “esta vida no tiene sentido”, “estaríais mejor así”, “estoy cansado de luchar”, “quiero terminar con todo”, “las cosas no van a mejorar nunca” - Piensa a menudo en el suicidio y no puede dejar de darle vueltas. Si esto ocurre, se requiere diferenciar la posibilidad de suicidarse con el miedo a perder el control en un problema de ansiedad u obsesión.
- Amenaza o se lo comenta a personas cercanas, lo cual se podría entender como una petición de ayuda. Es frecuente que se comente la insatisfacción y poca voluntad de vivir a otras personas cercanas antes que, al profesional sanitario, por lo que puede ser de gran utilidad obtener información adicional de la familia y relaciones íntimas siempre que sea posible.

- Lleva a cabo determinados preparativos relacionados con su desaparición, como, por ejemplo, arreglar documentos, cerrar asuntos, preparar el testamento, regalar objetos o bienes y llamar a otras personas para despedirse.
- Reconoce sentirse solo, aislado y se ve incapaz de aguantarlo o solucionarlo. Piensa en ello constantemente y no ve ninguna salida a su situación. Se puede notar que transmite sentimientos de impotencia, indefensión, depresión y especialmente desesperanza.
- Pierde interés por aficiones, obligaciones, familia, amigos, trabajo y apariencia personal y comienza a aislarse personal y socialmente. Por ejemplo, deja de ir a clase, salir los fines de semana, llamar a sus amigos, se encierra en su cuarto más de lo habitual.
- Está muy deprimido y mejora de forma repentina e inesperada, momento en el cual el paciente puede sentirse con fuerzas suficientes para llevar a cabo sus planes de suicidio.
- Aparece un cambio repentino en su conducta. Por ejemplo, un aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad, ingesta de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a las habituales y con una frecuencia inusual, calma o tranquilidad repentina cuando previamente ha presentado gran agitación, etc.
- Se observa u obtiene información de autolesiones, sean estas lesiones más o menos relevantes.

Fases de la ideación suicida en el adolescente Pérez (1999, pp. 196-200) consideró cinco etapas de ideación suicida:

Deseo de morir

Es aquella que todo individuo percibe de la vida sin ningún sentido. Al hablar de un deseo de morir viene representado por el desconcierto y por la insatisfacción que presenta la persona con su forma de vida actual. Así, puede manifestarlo diciendo: “Para vivir así, prefiero estar muerto”, tal como nos refiere el autor.

Representación suicida

Implica imágenes explícitas autodestructivas de la vida. Efectivamente, la representación suicida es una forma de proyectarse de qué manera se desea realizar el acto consumado, puede manifestar la persona, que ha tenido una idea imaginaria viéndose ahorcada.

La idea de autodestrucción

Es aquella en la que el individuo que no tiene ninguna planificación aún el procedimiento que logra realizarlo. Ante lo expresado, en esta fase de ideación suicida, el individuo tiene la intención de acabar con su vida, pero aún no ha planificado la forma en que desea realizarlo.

La idea suicida con un plan inespecífico

Es aquella en la que el individuo expresa diversas opciones antes de cometer el acto suicida sin que sea específica la modalidad escogida para este acto. Al arribar a esta fase el autor aclaró que la persona ha planeado las formas en que podría acabar con su vida, teniendo entre su mente varias opciones, pero ninguna concreta. Por lo general al preguntar las formas en la que intenta matarse, pueda responder “hay muchas formas, como cortándome el brazo o disparándome”.

La idea suicida planificada

Es denominada también como la planificación al suicidio, viendo el lugar, la forma, el modo y el momento preciso para ejecutarlo. Además, se consideró necesario mencionar que en esta fase de ideación la persona con intención de auto eliminarse, ya tiene pensado la estrategia concreta, y con mucha cautela en evitar ser sorprendido, para lograr así su deseo por la muerte, lo que es sumamente peligroso al momento de ejecutarse haciendo referencia a las estructuras cognoscitivas ante una acción de auto eliminarse, logrando tener planificaciones precisas para realizarlo.

Tipos de ideación suicida. Valdivia. (2012, pp. 26-27) por su parte, mencionó dos tipos de ideación suicida:

Concretas

El suicidio es contemplado como un objetivo específico, preciso y realista. Algunos ejemplos de esta modalidad son: “quiero morir”, “deseo matarme”, “me voy a suicidar”, etc.

El autor enfatizó que el individuo que muestra este tipo de ideación, manifiesta la sensación de que la vida no tiene valor, que viene acompañada de una serie de episodios o situaciones que no ha podido resolver. Estas desencadenan un estado depresivo, por lo que tiene en su mente y manifiesta explícitamente su deseo suicidarse y acabar con su vida, es decir cumplir con su objetivo planeado de terminar con su existencia.

Ambiguas

El suicidio no se contempla de forma específica. Algunos ejemplos de esta modalidad son: “quisiera dormir mucho tiempo y quizá no despertar”, “la vida no vale nada”, “no sé qué hago aquí”. Acerca de este tipo de ideación, contraria a la anterior, el autor nos mencionó que, en ello, la persona no tiene preciso la intención de llegar al suicidio consumido, sino que se muestra con la actitud en querer huir de su situación. Es decir, evadir su problema, sea por temor o porque no se siente capaz de poder resolverlo y después probablemente, sienta que su vida puede mejorar. Es por ello que manifiesta que solo desea dormir por mucho tiempo, y al despertar todo el problema este resultado.

Dimensiones de ideación suicida Beck (1979, pág. 343) mencionó cuatro indicadores:

Dimensión 1: Actitud hacia la vida/muerte Beck (1979), afirmó que, entre los seres vivientes, el hombre sigue siendo el único ser que siente y deja huella en los otros con su muerte, y con su muerte manifiesta una tradición funeraria compleja cargada de simbología. Además, es el individuo capaz de creer en una resucitación después de morir y todo ello es visto como una situación cultural (pág. 344). Al respecto, el autor recalca que como especie humana que somos, tenemos la ideología que resucitaremos después de morir, como lo escuchamos en la historia de la creación de la vida.

Esto influye en los pensamientos de la persona con ideación suicida: creer que, si esta vida no es favorable, quizá la otra vida si lo sea.

Nicholi (2002, pág. 310) y Freud (1915) afirmaron que el estado de carecer de vida estando inactivos la muerte en sí es, inimaginable, y siempre mientras más y más se intente se podrá visualizar como unos simples asistentes; es decir, nadie cree en su propia muerte, o incluso en el inconsciente todos estamos convencidos de nuestra inmortalidad. Nuestro ser instintivo podría llegar a matar, pese a sentir después sensaciones de culpabilidad, que difícilmente se puedan superar. El autor mencionó que, en la realidad, ningún individuo sabe cómo exactamente morirá, y aunque alguien pueda imaginarlo o planearlo, muchas veces no resulta de esa manera. Además, considera que en nuestro inconsciente creemos que somos seres inmortales, o que quizá podamos decidir cuándo vivir o morir.

Según Morales, Rebollo y Moya (1995), la actitud hacia la vida y muerte, definió como: “una respuesta evaluativa, que tiene resultados cognitivos, afectivas y conductuales; es decir la información puede ser favorable o desfavorable, las emociones positivos o negativos” (pág. 496).

El autor refirió que la actitud que se pueda tomar ante el sentido de la vida o el deseo por la muerte, se ve interferido o afectado por nuestros pensamientos, sentimientos, y que induce a un comportamiento, y que estas puedan ser favorables o no. Eso depende de cada persona y de su capacidad para enfrentar las situaciones. Hendin (1951), hizo hincapié en la actitud en relación con la vida y el momento de morir, como una ilusión que antecede a la acción suicida y ocurre durante un proceso de angustias mentales o emocionales. Algunos comportamientos involuntarios de mayor relevancia contribuyen a un modo del deseo por matarse; es así en el caso, de un impulso por huir, auto culparse, pretensión de vengarse y la esperanza de ser rescatado (pág. 672, 678).

El deseo de vivir o morir, se ve englobada por una serie de situaciones en la que el individuo ha podido o no solucionarlos. Es decir, un proceso de eventos, llenos de emociones tanto negativas o positiva, y la suma de todo ello genera en la persona una actitud que considere oportuna en ese momento, según nos menciona este autor.

Dimensión 2: Pensamientos suicidas

Para Beck (1979), el pensamiento suicida es un rasgo característico del síntoma depresivo y una visión clave en la que el individuo no puede afrontar sus conflictos, los que resultan intolerables (pág. 343, 352).

Se coincide con lo expuesto, cuando el autor menciona que un pensamiento al suicidio es visto como una sintomatología depresiva, porque la persona no es capaz de modificar su esquema mental de tormento por pensamientos alentadores a pesar de las circunstancias difíciles que pudiera estar atravesando. Sullivan (2000) recalcó que la persona que tiene pensamientos suicidas, cede a una fuerza superior que trasciende sus límites de control (pág. 256).

Como hace mención el autor, los pensamientos suicidas tratan de manejar a la persona, pero consideramos que es la víctima la que tiene la potestad de ceder o no a esa fuerza superior que llevara o no al suicidio. Bernstein (2003), por su parte, afirmó que el pensamiento suicida no es una limitación involuntaria. Las personas que lo tienen no se sienten acosadas por esa idea, sino que la llevan a cabo (pág. 248).

Considero que, al no sentirse acosadas por el pensamiento suicida, muchas personas vienen a ser responsable de sus actos.

Se coincide con el autor en que no es una limitación involuntaria y para eso se tendría que llegar hacia esas personas sin recriminarla haciéndole ver las consecuencias de lo pudieran hacer en contra de su vida. Chávez (2007), en cambio, mencionó al pensamiento suicida como la falta de habilidad de las personas autodestructivas para reflexionar sobre su propio pensamiento (pág. 115, 116).

Concordamos con el autor al mencionar que la falta de habilidad para reflexionar sobre lo que van hacer en contra de su integridad y ceder a todo pensamiento derrotista que podría culminar con la muerte de la persona.

Dimensión 3: Proyección suicida

Asimismo, Beck (1979) refirió como una voluntad del individuo para diseñar sus estrategias a utilizar con la finalidad de no haber un sentido de vivir (pág. 346). El autor menciona que una persona con proyección suicida, está a un paso de poder ejecutar el suicidio consumado, puesto que ya ha pensado o planificado como llevar a cabo su cometido.

Por otro lado, Rosales (2007) recalcó la importancia de señalar que un impulso suicida está establecida por estructuras cognoscitivas, planeando el suceso, y la manera de planificar para terminar con su propia existencia (pág. 171). Coincidimos con lo expuesto por este autor.

Para tener una proyección suicida, esta se estructura cognitivamente, con las ideas, pensamientos, que han ido conformándose y enlazándose para planear el acto suicida. Muñoz (2005) explicó qué significa para el individuo el acto de terminar con la propia integridad para seguir con la utopía del episodio suicida y seguido de la planeación y preparación, llegando a ser realidad de un intento que puede culminar en acabar con su propia existencia (pág. 4).

El autor recalca que una persona con proyección suicida ya tiene en mente realizar el acto consumado, es decir el suicidio, y para ello se ha proyectado como lograrlo, prepara de qué forma hacerlo y tiene las estrategias específicas. Eguiluz (2003), por su parte, expresó que entender la proyección al suicidio, se basa en entender las diferentes maneras deseadas de terminar con la vida y sobre las cosas, situaciones y contextos para acabar con la vida, una planeación específica de cómo lograrlo (pág. 3). En una proyección suicida, la persona planifica de qué manera quiere morir, en qué lugar, cuándo y qué quiere lograr con ello, porque el suicida tiene las bases de cómo hacerlo y lograr su objetivo, como nos menciona el autor.

Dimensión 4: Actualización del intento o desesperanza

Beck (1979) refirió que la sensación de falta de esperanza es un deseo negativo por el futuro, es decir, no existe ninguna expectativa, sumado a ello el escaso componente emocional, por lo que la condición anímica interrumpe en proceso del intento suicida (pág. 347). Este autor enfatiza que la persona con desesperanza siente que su vida está en un vacío, no existe futuro para él. Esto genera un decaimiento anímico, al creer que la vida no tiene sentido y que se debe acabar con ella. Abramson (2000), por su parte, se refirió hacia este sentimiento como un punto clave ante el acto suicida.

Enfatiza el hecho de que un individuo piensa que los momentos buenos son imposibles de suceder y que siempre todo le irá mal. Será este componente cognoscitivo la probabilidad de que suceda el acto suicida, que se verá como única opción para huir o librarse de su complicada situación, para retomar el control en sus vidas (pág. 17).

En este apartado el autor muestra una relación entre la depresión y desesperanza, que, si bien estarían entrelazadas, tanto que ambas tienen consecuencias graves en la persona, pues al sentir que le va mal, hará probable cometer el acto suicidio como única solución de sus problemas. Asimismo, Stotland (1969) definió la desesperanza como un componente de estructuras cognitivas, que consiste en un sentido de la visión negativa ante la vida a corto o largo plazo (pág. 314).

Se concuerda con lo expuesto por este autor, puesto que para que una persona manifieste una situación de desesperanza, esta se ha ido formado por las ideas, pensamientos que se han visto distorsionados por los eventos que no ha podido superar o solucionar, generando expectativas negativas sobre su vida. Quintanilla y Haro (2003) señalaron que el sentimiento de desesperación se entiende como una situación anímica de la apreciación que el individuo asume en referencia a las 53 situaciones eventuales, lo cual lo predispone a tomar una actitud no tan favorable ante ello (pág. 113).

El individuo que siente desesperanza piensa que jamás progresará por su propia cuenta, y no obtendrá el triunfo en lo que desee, y logrará sus metas principales, viéndose incapaz de afrontar las circunstancias de la vida; tal como nos expresa en este apartado el autor.

Asistencia y prevención

Las muertes que le suceden al comportamiento suicida, podrían ser prevenibles en la mayor parte de los casos. Como posible estrategia, se debería concientizar a la sociedad sobre el fenómeno del suicidio, más aún en aquellas personas que se encuentren en riesgo, de manera que previamente se debería detectar estos grupos para aplicar algún tipo de medida preventiva para que no culmine en el acto suicida (Marchiori, 1990).

La asistencia y prevención en la persona que se encuentra en riesgo suicida están vinculadas al problema de “ser escuchado”. Es por esto que los métodos que se han implementado tienen que ver con escuchar al depresivo, o lograr una comunicación con aquellos individuos que tienen una personalidad con tendencias a la autodestrucción. Hablar telefónicamente –asistencialmente- con el individuo que se encuentra atravesando una depresión es uno de los medios posibles; consiste en que la persona pueda hablar sobre sus ideas de muerte, guardando anonimato sobre su identidad, ni trasladarse a alguna institución (Marchiori, 1990).

En la actualidad, los programas asistenciales y preventivos están dirigidos según el momento de la intervención. Las intervenciones asistenciales están apoyadas por medidas hospitalarias, medidas de seguridad, tratamiento individual y familiar. Es decir, que la asistencia implica una intervención en situaciones de crisis y en donde se encuentra en riesgo la vida de la persona; en el que van a intervenir varios aspectos que eviten la reincidencia suicida, ya sea contención médica, emocional, familiar o social. Bancroft y Marsack (1977) consideran tres momentos en la asistencia al suicida:

- 1) Antes de la crisis, (durante los actos preparativos).
- 2) Durante la crisis.
- 3) Después de la crisis, para evitar las reincidencias.

En los tres momentos, la asistencia significa una intervención en una situación de crisis, es decir, de verdadera urgencia y por lo tanto de decisiones en relación a un diagnóstico y a medidas médicas y terapéuticas.

Si la intervención se realiza antes de la crisis, es fundamental que se inicie psicoterapia en situación de crisis con la intervención adecuada de profesionales que ayuden y cuiden al paciente, también familiares y amigos, con los cuales se sienta en confianza para ir superando las ideas de muerte.

Cuando el paciente pasa al acto, el tipo de intervención debe ser rápida y segura (una indecisión o demora puede llevar a que la persona se exponga al riesgo de perder la vida). Solomon y Patch (1972) sostienen que es de suma importancia la comunicación con el paciente, en la que se focalice a que desista en la decisión de terminar con su propia vida.

En el tercer momento de intervención –el más frecuente- es después del intento suicida. Aquí los programas psicoterapéuticos individuales y familiares resultan los más eficaces. Se considera necesario en la asistencia; a) Recalcar la importancia de la escucha y contención por parte del profesional de la psicoterapia de urgencia y en situación de crisis. b) Recalcar la importancia de una persona personas a quienes los sujetos vulnerables y el riesgo y puedan confiar sus problemas (Solomon y Match, 1972).

Morón (1987) considera que muchos suicidios son llevados a cabo en circunstancias en la que es posible la intervención y el rescate. Plantea que el suicidio es una forma de comunicarse ya que de otra manera no ha podido, sería un pedido de auxilio ante anteriores intentos de comunicación que resultaron fallidos. En cuanto a la prevención del suicidio, algunas medidas a considerar son: - Toda amenaza de suicidio debe ser tomada en serio. Ésta es la primera regla en la prevención del suicidio. - El intento de suicidio implica que el individuo ya realizó conductas de ejecución y que las puede volver a repetir. Además, el nuevo intento puede ser cada vez más peligroso y con consecuencias fatales. Se requiere estar alerta y con las medidas asistenciales y de tratamiento adecuadas.

La comunicación telefónica es muy valiosa para aquellos pacientes que se encuentran en un momento de crisis o previamente a que se desencadene el episodio. Otras medidas de prevención general sería informar y especializar a médicos, psicólogos, trabajadores sociales y todo aquel que se encuentre en contacto con la salud mental de la comunidad; también la apertura de servicios en hospitales y lugares vulnerables de la comunidad (Marchiori, 1990). Es frecuente la consulta de personas que se encuentran movilizadas, o sensibilizadas porque en su población se encuentra con que los suicidios están siendo recurrentes, averiguan líneas telefónicas para situaciones de urgencia.

En la última década se han formado varias organizaciones voluntarias, algunas profesionales, y otras no, lo que da cuenta el compromiso de la comunidad desde diferentes sectores de la sociedad. es importante el trabajo conjunto e interdisciplinario desde la psicología, la sociología y la demografía para poder detectar con mayor profundidad las características, causas y evolución de este fenómeno en el tiempo (Martínez, 2007).

La ideación suicida como primer eslabón del suicidio

El consenso casi generalizado de definir al suicidio como un proceso compuesto por diversas acciones que inicia con la ideación suicida (Pérez, 1999; Días de Mattos, et al. 2010) ha propiciado que el interés de la comunidad científica sobre esta temática se incremente en los últimos años. En México, Jiménez y González-Forteza (2003) destacan que entre 1982 y 2003 la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales (DIEP) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF), publicó 56 trabajos de investigación sobre suicidio, de los cuales el 30% de los trabajos se concentró en la ideación suicida. Posteriormente, éste mismo instituto publicó un conjunto de trabajo que abarcaban de los años 2003 a 2010 sobre epidemiología psiquiátrica, producto de una iniciativa internacional coordinada por la OMS para evaluar trastornos mentales, donde se señalaba que el 17% de las investigaciones referían como tema principal el suicidio (INPRF, 2011). Existen diversas concepciones en torno a la ideación suicida, Eguiluz (1995) menciona que la ideación suicida es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado y la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir. Por su parte, Jiménez y González-Forteza (2003), han definido el suicidio como un proceso que comienza con la idea de suicidarse y pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte auto infringida. Consideramos que estas dos concepciones sobre la ideación suicida que tienen como característica similar el ser conceptualmente inespecíficas, tienen problemas para su operacionalización.

Sin embargo, Pérez (1999) define la ideación suicida considerando una serie de pautas como la preocupación autodestructiva, planeación de un acto letal y el deseo de muerte.

El suicidio se conceptualiza de esta forma como un proceso, pues este implica un conjunto de acciones con las que se asume que una persona busca quitarse la vida. Por lo anterior, es importante estudiar los procesos que anteceden a los suicidios como son la ideación y el intento para así conocer y atender esta problemática.

Algunos autores como por ejemplo Miranda, et al., (2009) señalaron cinco etapas aclarando que no necesariamente tienen que ser secuenciales: 1) Ideación suicida pasiva, 2) Contemplación activa del propio suicidio, 3) Planeación y preparación, 4) Ejecución del intento suicida, y 5) El suicidio consumado. Generalmente la ideación suicida se considera como una entidad de naturaleza interna a la que, de acuerdo a los cánones tradicionalistas en Psicología se le atribuye una relación causal reduccionista-determinista (Mondragón, et al., 1998).

Aun y cuando diversos autores señalan que el suicidio es un fenómeno multideterminado y que la ideación suicida está contemplada como uno de los factores principales, se sigue destacando su carácter fenomenológico (Jiménez y González-Forteza, 2003; Serrano y Flores, 2005).

Desde una perspectiva de campo en psicología en donde la naturaleza o propiedades de los factores no son necesarias en la explicación de los fenómenos, la ideación suicida sería considerada como una variable latente. Las variables latentes, son construcciones o elaboraciones teóricas acerca de procesos o eventos que no son observables, sino que deben inferirse a través de la presencia de objetos, eventos o acciones. Sin embargo, el considerar que las variables latentes no son observables a simple vista no presupone aceptar la noción mentalista clásica de que estos constructos sean entidades internas transespaciales (Kantor, 1969).

Desde esta perspectiva las variables latentes se definen operacionalmente en términos de comportamientos que deben representarlas (Corral, 1995). En el caso de la ideación suicida, podría definirse como las primeras manifestaciones conductuales del suicidio que van desde expresiones que denotan una dificultad para vivir como “no vale la pena vivir”, hasta manifestaciones que se acompañan de intención de morir o de un plan suicida. Es decir, en una concepción de campo interactivo, la ideación suicida es considerada como un evento prístino (Kantor, 1971) y no como un evento mediador de procesos causales de naturaleza interna (psíquicos o cognitivos).

En otras palabras, la ideación suicida, no es una entidad diferente a la conducta suicida que pueda ser considerada como factor asociado o de riesgo. Al contemplar la ideación suicida como el comportamiento inicial del continuo denominado suicidio, se resalta la relevancia del estudio de esta pandemia en esta primera etapa, pues los resultados de la investigación proporcionarían la base para la implementación de estrategias de prevención del suicidio. Por otra parte, el intento suicida, definido como la acción orientada a provocar la propia muerte que no logra su objetivo (Amezcu, 2003), forma parte de este eslabón que se inicia con una idea de cometer suicidio o el deseo de quitarse la propia vida, aunque la intención de morir no es un criterio necesario para el comportamiento suicida no mortal.

En relación a la prevalencia de comportamiento suicida no mortal al igual que en el suicidio consumado, es difícil contar con datos fidedignos puesto que las personas que intentan suicidarse comúnmente no acuden a los centros de salud por diversas razones que van desde aspectos culturales hasta limitantes legales ya que en algunos países en desarrollo aún se considera el intento suicida como un delito.

Una investigación realizada por Kjoller y Helveg-Larsen (2000) menciona que, en promedio, solo cerca de 25% de los que llevan a cabo actos suicidas hacen contacto con un hospital público y estos casos no son necesariamente los más graves. De acuerdo a datos proporcionados por McIntosh, (1994), el comportamiento suicida no mortal es más prevalente en los jóvenes que en las personas mayores. Estos investigadores estimaron que la razón entre el comportamiento suicida mortal y el no mortal en los mayores de 65 años es del orden de 1:2-3, mientras que en los jóvenes menores de 25 años la razón puede alcanzar un valor de 1:100-200. En relación con el género se ha observado que las mujeres presentan tasas más altas de conductas e ideación suicida que los hombres: sin embargo, las tasas de mortalidad generadas por dichas conductas son mayores en hombres en una relación de 4:1 (Moscicki, 1995). La tasa elevada de prevalencia entre los jóvenes de comportamiento suicida no mortal aunada a la falta de registros sobre este comportamiento que dificulta la obtención de datos útiles para fines de investigación y de prevención del suicidio, nos llevan a incursionar en el análisis de la ideación suicida en adolescentes como una fuente que nos permita encontrar factores de riesgo de suicidio.

Aspectos legales

Según la ley no 6.169 de prevención y atención de personas en riesgo de suicidio, el congreso de la nación paraguaya sanciona con fuerza de ley:

Artículo 1. ° Objeto.

La presente ley tiene por objeto crear mecanismos de prevención, detección y atención de personas que hayan intentado suicidarse o se encuentren en riesgo de realizarlo.

Artículo 2. ° Finalidad.

La presente ley tiene por fin disminuir la incidencia y la prevalencia del suicidio a través de la detección precoz, asistencia y contención.

Artículo 3. ° Estrategias propuestas.**La presente ley se basa en las siguientes estrategias:**

- Promover la salud mental y la prevención de trastornos de la población de manera universal a través del acceso a la atención en salud; la salud mental, la reducción del consumo del alcohol y drogas, la violencia en el ámbito familiar y escolar, a través de la sensibilización de la población.
- Desarrollar acciones y campañas de información para acabar con la estigmatización y discriminación de grupos vulnerables, en especial personas con antecedentes suicidas.
- Elaborar y poner en práctica una estrategia nacional que coordine la acción pública, así como un trabajo interdisciplinario e interinstitucional de la problemática del suicidio.
- Fortalecer servicios asistenciales dirigidos a grupos en situación de vulnerabilidad, personas con antecedentes de intento de suicidio, así como potenciales suicidas, aumentando el número de profesionales especializados en los servicios, instalando servicios especializados donde no lo hubiere y así garantizar la accesibilidad de la población a los mismos en todo el territorio nacional.

- Capacitar y sensibilizar a los recursos humanos del servicio público como personal de salud, policías, guardia cárceles, bomberos y docentes para la detección, atención y contención de personas en riesgo o crisis de suicidio.
- Promover la creación de redes de apoyo a nivel de la sociedad civil para la prevención, detección de personas en riesgo y contención.
- Implementar un sistema de registro y generar estudios científicos sobre hechos consumados de suicidio e intentos de suicidio, a los efectos de conocer las causas e identificar factores y colectivos de riesgo, a fin de generar otras estrategias para la prevención y atención del suicidio.
- Suscribir convenios con universidades, para la formación de un grupo de voluntarios, a través de pasantías a estudiantes de carreras sociales, de tal forma a facilitar la implementación y coordinación de acciones, así como impulsar investigaciones y formación de profesionales en el área de prevención del suicidio.
- Habilitar el servicio de auxilio telefónico para realizar los primeros auxilios psicológicos, en articulación con líneas existentes (141, 911, 132, 137 y 147).
- Cobertura de servicios. Los servicios públicos de salud deberán brindar asistencia a las personas que hayan sido víctimas de intento de suicidios y sus familiares u entorno en al menos las cabeceras departamentales del país, lo cual comprende la detección, seguimiento y tratamiento adecuado, conforme los protocolos elaborados.

Artículo 4. ° Sujetos de protección.

Todas las personas son susceptibles de protección, conforme la presente ley. En especial, se considera como “Sujetos de protección” a toda persona con intenciones de realizar una acción autoinfligida con el objeto de generarse un daño potencialmente letal. Esta protección se extiende a familiares, personas que tengan relación inmediata o que comparten el ambiente en el cual se desenvuelven las personas con intenciones suicidas, en situación de crisis o con el suicida, en caso de haberse concretado el acto suicida.

Artículo 5. ° Autoridad de aplicación.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es el responsable de coordinar y llevar adelante la ejecución de la presente ley, en coordinación con otras instancias estatales y privadas a nivel nacional y descentralizado.

Artículo 6. ° Funciones.

Son funciones del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través de la Dirección de Salud Mental:

- Elaborar un Plan Nacional de Prevención del Suicidio y Atención de Personas en Situación de Riesgo de acuerdo a la Política Nacional de Salud Mental 2011 - 2020, el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013 - 2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los tratados y acuerdos internacionales firmados y ratificados por la República del Paraguay.
- Elaborar e implementar un Manual y un Protocolo de Atención e intervención integrado de servicios en casos de personas con intentos suicidas o en situación de riesgo identificada.
- Desarrollar la implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica en materia de suicidio; a través del fortalecimiento de registro de información sobre suicidios e intentos de suicidio que permita producir información estadística y realizar investigación sobre las causas, riesgos y prevalencias para generar estrategias de prevención y atención.
- Capacitar de manera sistemática y permanente a los recursos humanos en salud para la detección de personas en situación de riesgo.
- Crear y habilitar un servicio de atención telefónica de emergencia para la contención de posibles personas con intentos suicidas o en riesgo o crisis.
- Ampliar la cobertura de servicios en salud mental a las personas en riesgo, sus familiares y entorno inmediato.

- Coordinar acciones y celebrar convenios con instituciones públicas, privadas y organizaciones no gubernamentales para la implementación del Plan Nacional, programas y proyectos que desarrolle el Ministerio, a los efectos de cumplir con la presente ley.
- Desarrollar campañas de comunicación para la prevención y la difusión de servicios sociales disponibles para personas en crisis y riesgo de suicidio.
- Proveer dentro de los servicios de salud, servicios de consultas psicológicas y psiquiátricas, garantizando la accesibilidad, gratuidad y disponibilidad de los mismos en todo el territorio nacional.
- Monitorear y evaluar los planes, programas y proyectos con el objetivo de medir sus efectos y los logros alcanzados, conforme a la presente ley.

Artículo 7. ° Prevención.

La autoridad de aplicación en conjunto y/o coordinación con otras instancias estatales y no estatales, deberá:

- Desarrollar acciones informativas en la comunidad educativa, propiciar espacios para compartir vivencias propias de la infancia y adolescencia que favorezcan la salud mental, la importancia de la vida, el equilibrio emocional, la autoestima, las habilidades sociales, así como de la importancia del tratamiento de problemas para sobrellevar situaciones de crisis.
- Capacitar y sensibilizar sobre factores e indicios de riesgo suicida al personal público en especial al sistema educativo, policial, laboral, contextos de encierro; a instituciones de la comunidad: comunidad religiosa, comisiones vecinales, escuelas de deportes y otros espacios identificados como necesarios.
- El Ministerio del Interior tendrá a su cargo la capacitación de agentes policiales para el adecuado tratamiento con personas que se encuentran en situación de crisis.

- Desarrollar campañas de concientización sobre factores de riesgo y generación de factores de protección a través de los medios masivos de comunicación, redes sociales u otros medios alternativos.
- Prestar adecuada información sobre los servicios de atención en la materia.
- Elaborar recomendaciones a los medios de comunicación sobre el abordaje responsable de las noticias vinculadas a suicidios y canales de ayuda disponibles, en consonancia con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Fomentar el desarrollo de investigación sobre determinantes sociales asociada a la problemática del suicidio.

Estas medidas deberán ser adoptadas y adaptadas para alcanzar a los niños, niñas y adolescentes de manera adecuada y efectiva.

Artículo 8. ° Atención y asistencia.

Toda persona que haya cometido un intento de suicidio tiene derecho a ser atendida en el Sistema Nacional de Salud, garantizando su no discriminación y la no difusión de información respecto de su caso.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social elaborará guías y protocolos para la atención y prevención de pacientes con riesgo suicida o con intento de suicidio a ser difundida en todos los departamentos, municipios y entre instituciones públicas y privadas de salud, asegurando el acompañamiento del paciente en todas las etapas de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, así como de su grupo familiar y/o personas cercanas.

Artículo 9. ° Atención a niños, niñas y adolescentes.

Cuando se identifiquen situaciones de riesgo en niños, niñas y adolescentes, así como intento de suicidios, se trabaja en conjunto con la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia, a los efectos de coordinar con otras instancias locales y la Defensoría de la Niñez y la Adolescencia, las medidas de protección que se estimen necesarias para preservar la vida del niño, niña o adolescente. Además de brindar el tratamiento adecuado que se determine para él/ella, su familia o entorno.

Artículo 10. Confidencialidad.

Toda persona que tenga conocimiento en el marco de la asistencia y/o tratamiento de una persona que haya intentado suicidarse está obligada a mantener la confidencialidad de la información, salvo las situaciones donde haya peligro para ella o un tercero.

Artículo 11. Función social de los medios.

Los medios de comunicación difundirán información calificada sobre el tema de tal forma a lograr la desestigmatización de las personas con conductas o riesgo suicida y apoyo a sus familiares, evitando la difusión sensacionalista de la información de hechos de suicidio.

Para ello, se deberán elaborar directrices para promover una información correcta, responsable y ética sobre el suicidio en los medios de comunicación, con la colaboración de profesionales de la salud.

Artículo 12. Colaboración interinstitucional y social.

Las personas, que pertenezcan a organizaciones educativas, policiales, judiciales, religiosas y sanitarias, están comprometidas a propiciar la remisión a los especialistas en salud mental a las personas con intenciones suicidas. Igualmente, se propiciará el intercambio de información dedicada al desarrollo de programas para el mejoramiento de la salud mental y prevención de suicidio de la población.

Artículo 13. Día Nacional.

Declárase el 10 de setiembre de cada año como el "Día Nacional para la Prevención del Suicidio", con el objetivo de que la autoridad de aplicación, instituciones públicas y privadas sensibilicen a la población sobre diversas formas de prevenir el suicidio, detectar de manera temprana a personas en riesgo y dar a conocer los servicios y tratamientos disponibles.

Artículo 14. Presupuesto.

El gasto que demande el cumplimiento de la presente ley se imputará a la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en la ley anual del Presupuesto General de la Nación. Igualmente, otras partidas presupuestarias necesarias en otras instituciones públicas deberán ser incorporadas a los presupuestos respectivos.

Artículo 15. Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Aprobado el Proyecto de Ley por la Honorable Cámara de Diputados, a los once días del mes de julio del año dos mil dieciocho, y por la Honorable Cámara de Senadores, a los treinta días del mes de agosto del año dos mil dieciocho, queda sancionado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 207, numeral 1 de la Constitución (Mariela 2019, párr. 1).

Tabla 1 Cuadro de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional		Instrumento
		Dimensiones	Indicadores	
Ideación Suicida	Se define a la ideación suicida como “la aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar la propia existencia” (De la Torre Marti, p.3, 2013).	Actitud hacia la vida y la muerte	1,2,3,4,5	Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB), 1979
		Pensamientos/ deseos suicidas	6,7,8,9,10,11	
		Proyecto de Intento	12,13,14,15	
		Realización del Intento	16,17,18,19	
		Factores de Fondo	20	

CAPITULO III

Marco Metodológico

- **Tipo de investigación: Es una investigación cuantitativa**

Mediante esta metodología se busca generalizar los resultados de manera objetiva a través de evidencias empíricas y la cuantificación (Gómez, 1990). Su propósito es buscar la regularidad de los fenómenos hallando leyes generales que expliquen el comportamiento social y debe valerse de datos que partan de una observación directa, la comprobación y la experiencia. El conocimiento se funda a partir del análisis de datos concretos que pertenezcan a la realidad, del que posteriormente se realizará una descripción neutra y objetiva (Álvarez, 2011).

- **Nivel de la Investigación: Descriptiva**

Se trata de investigaciones en las que se busca dar cuenta de la adaptación o creación de técnicas que orienten a la obtención de información válida y confiable, con el fin de recoger datos de prevalencia y/o incidencia del fenómeno a investigar (Casullo y Liporace, 2007).

- **Diseño: Es el no experimental**

La investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, es investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Como señala Kerlinger (1979, pág. 116). "La investigación no experimental o ex-post-facto es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones". De hecho, no hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio.

Los sujetos son observados en su ambiente natural, en su realidad. En un experimento, el investigador construye deliberadamente una situación a la que son expuestos varios individuos. Esta situación consiste en recibir un tratamiento, condición o estímulo bajo determinadas circunstancias, para después analizar los efectos de la exposición o aplicación de dicho tratamiento o condición. Por decirlo de alguna manera, en un experimento se 'construye' una realidad.

En cambio, en un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador. En la investigación no experimental las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas, el investigador no tiene control directo sobre dichas variables, no puede influir sobre ellas porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.

- **Población:**

Este estudio fue realizado a 54 alumnos de entre 13 a 15 años de edad, Adolescentes del 3° ciclo del Colegio Porvenir que se ubica en el barrio de Isla Bogado en la ciudad de Luque, el 7° grado cuenta con 23 alumnos, por consiguiente, el 8° grado cuenta con 27 alumnos y el 9° grado con 31 alumnos, en total serían 81 alumnos del tercer ciclo; de los cuales 54 alumnos aceptaron participar voluntariamente en la investigación. Es un colegio de entidad pública que cuenta con el 1°, 2° y 3° ciclo de la educación básica, alberga a aproximadamente a 300 niños y niñas; colegio con clase económica media baja, sin embargo, cuentan con todos los recursos tales como agua, baños en buen estado, muebles adecuados, etc., que genera un ambiente propicio para el estudio.

Este colegio está ubicado en una zona de familias con bajos recursos económicos, es una zona problemática en el uso de drogas, la gran mayoría de los niños que asisten a este colegio son de la zona. Según entrevistas anteriores en este colegio acuden en su mayoría niños con algún problema ya sea dentro de su familia, tales como problemas de violencia intrafamiliar, niños con estado de duelo no superado, casos de violaciones, acoso psicológico etc., como también casos de niños con problemas de bullying y violencia dentro del colegio ya que algunos de los alumnos suelen ser violentos.

En este caso trabajaremos con los adolescentes del 7°, 8° y 9° grado del T.M.

En cuanto a la estructura familiar el 9,26% de los alumnos viven solo con sólo 1 de sus padres, el 38,89% afirman que sus apoderados consumen alcohol y el 5,55% afirmaron conocer al menos una persona con antecedente de suicidio.

Muestra: No probabilístico-Intencional

Se denomina muestreo no probabilístico a aquel en el que se selecciona la muestra que cree más representativa en función de aquello que se ha decidido investigar. Y es intencional ya que la muestra es escogida porque le resulta más accesible al investigador (León y Montero 2011).

Nuestra población está conformada por 81 alumnos del 3° ciclo del colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque. De los cuales, 54 alumnos aceptaron participar de la investigación.

Esta muestra posee las características de los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión de la Muestra

Aquellos alumnos presentan las siguientes características:

- Problemas familiares u escolares
- Consumo de alcohol
- Aceptaron participar voluntariamente en la investigación
- Edad entre 13 y 15 años.
- Ambos sexos.
- Firmaron consentimiento informado, para participar de la investigación.
- Sus apoderados firmaron consentimiento informado.

- **Validación:**

La Escala de Ideación Suicida de Beck se aplicó a 10 adolescentes de ambos sexos de otra zona, con las mismas características de la población seleccionada que voluntariamente aceptaron participar; (con la salvedad de que las preguntas no se elaboraron en tercera sino en segunda persona).

- **Procedimiento:**

A los estudiantes que aceptaron responder se les entregó una copia de la Escala de Ideación Suicida de Beck; el cuestionario era respondido en presencia del encuestador, apoyando al participante en caso de dudas. En caso de omisiones, se solicitaba la respuesta y se prestaba apoyo para comprender la pregunta si el encuestado así lo requería, los estudiantes no reportaron ningún indicativo de confusión a la hora de completar los ítems.

Datos procesados:

Tabla 2 Ideación suicida en adolescentes

<i>Preguntas</i>	<i>Respuestas</i>		
	<i>Bajo (en %)</i>	<i>Medio (en %)</i>	<i>Alto (en %)</i>
A. Tu deseo de vivir es:	30	70	
B. Tu deseo de morir es:	60	40	
C. Para ti, ¿es preferible vivir que morir, o morir que vivir?	80	20	
D. ¿Has pensado firmemente en quitarte la vida?	50	40	10
E. ¿Qué tanto tiempo piensas en la posibilidad de atentar contra tu vida?	60	40	
F. ¿Qué tan seguido piensas en la posibilidad de atentar contra tu vida?	60	40	
G. ¿Cuándo tienes esos pensamientos, ¿qué haces con ellos?	100		
H. ¿Cuándo has tenido pensamientos de morir?	80	10	10
I. ¿Hay algún motivo que te haya detenido para llevar a cabo tus deseos de quitarte la vida?	90	10	
J. ¿Qué razones tendrías para llevar a cabo un intento?	70	10	20
K. ¿Has planeado la forma en que te podrías quitar la vida?	100		
L. ¿Qué tan difícil te sería conseguir lo necesario para llevar a cabo el intento?	50	30	20
M. ¿Crees que podrías llevar a cabo un intento?	90	10	
N. ¿Has pensado en las consecuencias que tendría el que acabaras con tu vida?	50	50	
Ñ. Últimamente, ¿has preparado y planeado cómo quitarte la vida?	100		
O. ¿Últimamente has escrito o pensado enviar a alguien una nota donde des a conocer los motivos por los cuales deseas terminar con tu vida?	80	20	

P. Actualmente, ¿has pensado o realizado en forma verbal o escrita la distribución de tus bienes?	100		
Q. Actualmente, ¿has dejado entrever tus intenciones de quitarte la vida?	80	20	
R. ¿Has intentado suicidarte con anterioridad?	100		
S. ¿Qué tanto es tu deseo de morir en esta ocasión en comparación con la última vez que lo intentaste?	60	40	

Interpretación de los datos:

Ilustración 1 Nivel de ideación suicida

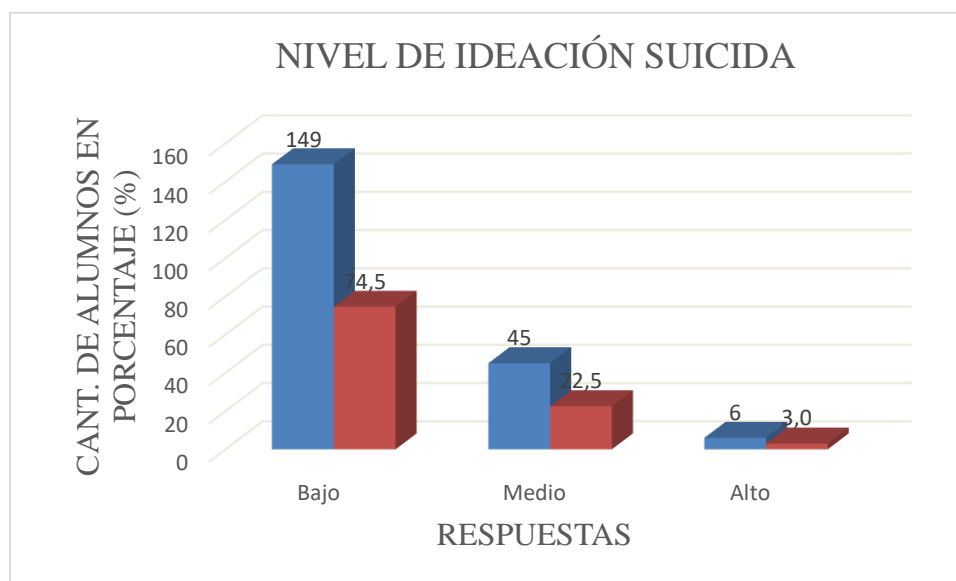


Gráfico de Ideación suicida en adolescentes.

Entre los principales resultados obtenidos a través del test Ideación Suicida de Beck se puede observar que el 74,5% de los adolescentes encuestados obtuvieron un Bajo nivel de ideación suicida, mientras que el 22,5% obtuvieron un nivel Medio y el 3% obtuvieron un nivel Alto.

- **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Encuesta: Mediante esta técnica, se establecen reglas de manera que se accede de forma científica a lo que las personas opinan. Como objetivo fundamental se considera que, si posteriormente otro investigador repite el proceso, pueda hacerlo utilizando el mismo proceso, es decir, que sea sistemático. En una encuesta se accede a un subconjunto de la población que servirá de parámetro en el fenómeno que se pretenda estudiar. (León y Montero, 2003)

- **Descripción del procesamiento y análisis de datos**

La administración del test de ideación suicida de Beck es de modo individual, auto administrado, voluntario y anónimo a los adolescentes de un centro educativo de la ciudad de Luque. Los resultados se obtuvieron a base de estadísticas para saber el porcentaje de alumnos que tienen alguna idea suicida.

- **Escala de Ideación Suicida *Beck AT, Kovacs M, Weissman A***

Es una escala hetero aplicada, elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. No se han realizado estudios de validación en nuestro país, y sólo disponemos de algunas adaptaciones o traducciones al castellano. Existe también una versión autoadministrada, de menor difusión y de la que no conocemos adaptación al castellano. Es una escala de 20 ítems que debe ser cumplimentada por el terapeuta en el transcurso de una entrevista semi - estructurada.

Las adaptaciones al castellano la presentan dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a:

- Actitud hacia la vida / muerte
- Pensamientos o deseos suicidas

- Proyecto de intento de suicidio
- Realización del intento proyectado
- Factores de fondo

Cada ítem mide la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para el acto suicida. Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38. Si la puntuación de los reactivos (4) “Deseo de ‘intentar suicidarse” y (5) “Intento pasivo de suicidarse”, es “0”, se omiten las secciones siguientes y se suspende la entrevista, codificando como: “No aplicable”. En caso contrario, se sigue aplicando (Beck y cols., 1978).

- **Consideraciones éticas:**

Se ingresó al colegio con una carta firmada por el/la encargado/a de la tutoría de la Carrera Lic. en Psicología y previamente a la implementación del cuestionario, se entregará a los alumnos de la institución, un consentimiento informado que es firmado por los padres, ya que los participantes de este proyecto son menores de edad, dejando sentado que se guardará total anonimato y que los resultados obtenidos son para fines de investigación.

CAPITULO IV

Marco Analítico

Presentación y análisis de los resultados

Tabla 3 Características de los adolescentes

<i>Características</i>	<i>Adolescentes</i>	<i>%</i>
<i>Edad en años</i>		
13	12	22,22
14	22	40,74
15	20	37,03
<i>Sexo</i>		
Femenino	31	57,41
Masculino	23	42,59

La media de la edad de los participantes de la muestra (13 a 15) es de 14,14 años.

La muestra fue conformada por 31 personas del sexo femenino (57,41%), y 23 correspondientes al sexo masculino (42,59%). El 7° grado está conformado por 14 alumnos (25,92%), el 8° grado por 23 alumnos (42,59%) y el 9° por 17 alumnos (31,48%), quienes se ofrecieron a participar.

Se observó que más de la mitad de los participantes fueron de sexo femenino esto puede ser debido a que presentaron una mejor disposición e interés a participar en el estudio.

- **Nivel de ideación suicida en adolescentes del 3° ciclo del colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque.**

La escala de ideación suicida de Beck cuenta con 20 reactivos, divididos en 5 dimensiones:

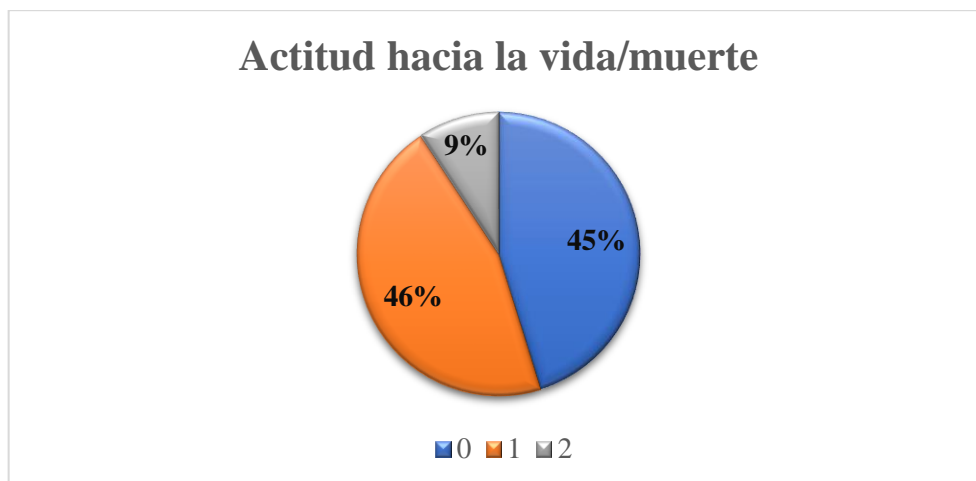
- 1. Actitudes hacia la vida y la muerte:** reactivos “A” hasta la “E”.
- 2. Pensamientos o deseos suicidas:** reactivos “F” hasta la “K”.
- 3. Características del intento:** reactivos “L” hasta la “Ñ”.
- 4. Realización del intento:** reactivos “O” hasta la “R”.
- 5. Factores de fondo:** reactivo “S”.

Estas dimensiones miden la intensidad de ideación suicida, los resultados, son los siguientes:

Tabla 4 Nivel de actitud hacia la vida/muerte

Preguntas	% (0)	% (1)	% (2)	
A. Deseo de vivir	38,89	48,15	12,96	100
B. Deseo de morir	37,04	53,7	9,26	100
C. Razones para vivir/morir	50	40,74	9,26	100
D. Deseo de intentar activamente el suicidio	55,56	37,04	7,41	100
E. Deseo pasivo de suicidio	44,44	48,15	7,41	100
Total:	225,93	227,78	46,3	500,01
% Promedio	45,19	45,56	9,26	100,00

Donde 0 es el puntaje con ninguna gravedad, 1 es el moderado nivel de gravedad y 2 el puntaje más alto en gravedad.

Ilustración 2 Nivel de actitud hacia la vida/muerte

Donde 0 es el puntaje con ninguna gravedad, 1 es el moderado a fuerte nivel de gravedad y 2 el puntaje más alto en gravedad.

Para el ítem **deseo de vivir**; 21 estudiantes (38,89%), corresponden a un **moderado a fuerte deseo de vivir**, 26 estudiantes (48,15%), corresponden a **poco deseo de vivir**, y 7 estudiantes (12,96%), corresponden a **ningún deseo de vivir**.

Para el ítem **deseo de morir**, 20 estudiantes (37,04%), corresponden a **ningún deseo de morir**, 29 estudiantes (53,70%), corresponden a **poco deseo de morir** y 5 estudiantes (9,26%), corresponden a **moderado a fuerte deseo de morir**.

En el ítem **razones para vivir/morir** 27 estudiantes (50%), indican que **las razones para vivir superan las de morir**, 22 estudiantes (40,74%), indican que **las razones para vivir/morir son iguales**, y 5 estudiantes (9,26%), indican que **las razones para morir supera a las de vivir**.

Se determinó la **Ideación suicida** mediante los reactivos 4 y 5 de la Escala de Beck donde se concluyó: 8 estudiantes que corresponden al 14,81% tienen pensamientos activos de suicidio; el cual 4 de ellos (7,41%), corresponden a **moderado a fuerte deseo de intentar activamente el suicidio** y 4 estudiantes (7,41%), corresponden a **evitar los pasos necesarios para salvarse**, (por ejemplo, un paciente farmacodependiente que deja su medicación).

Por lo tanto, según las respuestas obtenidas del test de ideación suicida de Beck, podemos constatar que el nivel mayor de respuestas por parte de los alumnos es el “medio” (46%).

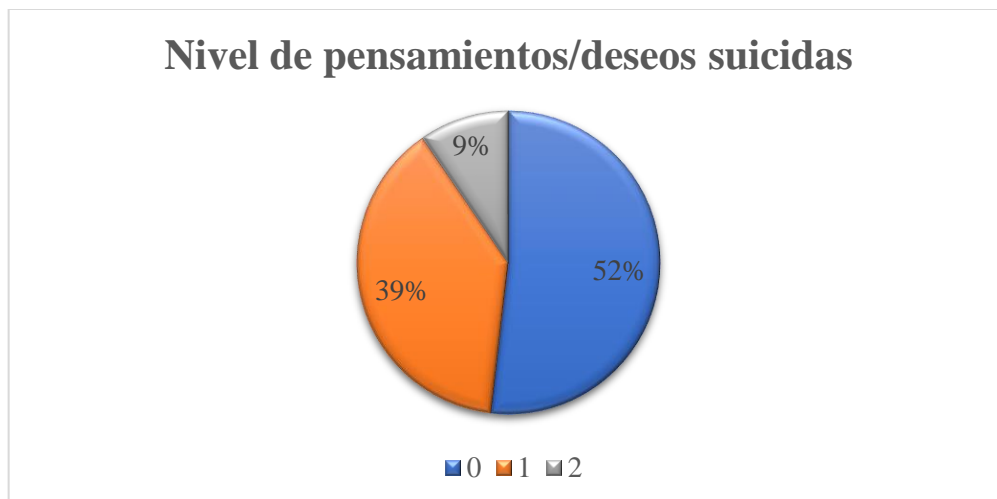
Esto quiere decir que, en medida, la mayoría de los alumnos tienen ideas suicidas de forma moderada, por ejemplo, “débil deseo de vivir”, “débil deseo de morir”, en la “razones para vivir morir”, respondieron que les dan el mismo valor a vivir o morir”. Además, se determinó ideación suicida mediante los reactivos 4 y 5, donde en total 8 alumnos tienen pensamientos activos de suicidio, “moderado a fuerte deseo de intentar activamente el suicidio”, “puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida”, lo cual llama mucho la atención y es conveniente poder abordar estos casos, para evitar así que se agrave la situación.

Tabla 5 Nivel de pensamientos/deseos suicidas

Preguntas	Respuestas			
	% (0)	% (1)	% (2)	
F. Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)	53,7	40,74	5,56	100
G. Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)	68,52	22,22	9,26	100
H. Actitud hacia la ideación/deseo	51,85	40,74	7,41	100
I. Control sobre la acción/deseo de suicidio	51,85	42,59	5,56	100
J. Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)	42,59	42,59	14,81	100
K. Razones para pensar/desear el intento suicida	42,59	42,59	14,81	100
Total:	311,1	231,47	57,41	600
Promedio %	51,85	38,58	9,57	100

Donde 0 es el puntaje con ninguna gravedad, 1 es el moderado nivel de gravedad y 2 el puntaje más alto en gravedad.

Ilustración 3 Nivel de pensamientos/deseos suicidas



Donde 0 es el puntaje con ninguna gravedad, 1 es el moderado nivel de gravedad y 2 el puntaje más alto en gravedad.

En cuanto a la **Dimensión temporal (duración de la ideación suicida)**, 22 estudiantes (40,74%), corresponden a los **pensamientos/conductas suicidas por periodos largos** y 3 estudiantes (5,56%), corresponden a **periodos continuos (crónicos)**.

En relación a la **frecuencia con que contempla el suicidio**, 12 estudiantes (22,22%), corresponden a **Intermitente** y 5 estudiantes, (9,26%) corresponden a **Persistente**. En relación a la **Actitud hacia la ideación/deseo suicida**, 22 estudiantes (40,74%), corresponden a **indiferente** y 4 estudiantes (7,41%), corresponden a **aceptación**.

Con respecto al **Control sobre la actividad suicida**, se concluyó que 23 estudiantes (42,59%), indicaron **Inseguridad** y que 3 estudiantes (5,56%), indicaron **no tener sentido de control**.

Los **factores Disuasorios del intento activo (Familia, Religión o Irreversibilidad)**, 23 estudiantes (42,59%), correspondiente a **cierta duda hacía los intereses que lo detienen**, y 8 estudiantes (14,81%), correspondiente a **ningún o mínimo interés en las razones que lo detienen**.

Con referencia a las **Razones para el intento suicida contemplado**, 23 estudiantes (42,59%) corresponden a **manipular el ambiente, atraer atención, venganza**, 8 estudiantes (14,81%), corresponden a **Escapar, acabar, resolver problemas** y por último 23 estudiantes (42,59%), corresponden a **combinación de las dos anteriores**.

Según los resultados obtenidos del test de ideación suicida de Beck, podemos confirmar que el nivel de respuestas sobre los pensamientos/deseos suicidas que tienen los alumnos, es relativamente bajo.

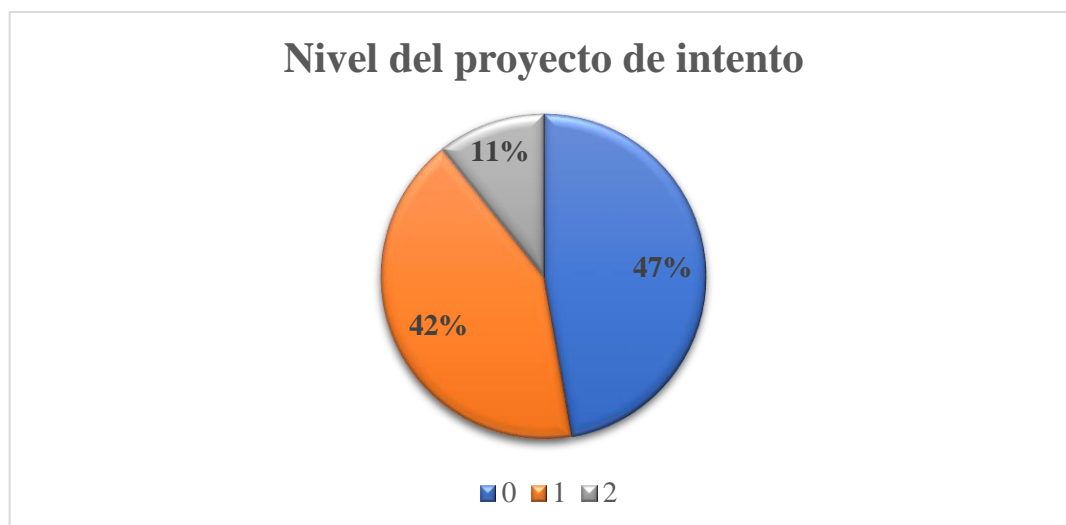
Esto significa que la mayoría de los alumnos, no tienen pensamientos suicidas por periodos continuos o crónicos, además respondieron que rechazan esas ideas y pensamientos suicidas que aparecen, respondieron tener control sobre la actividad suicida y que hay disuasivos que pueden intervenir si realizan el acto. Por otro lado, cabe señalar que un 9% de las respuestas fueron negativas, habiendo así alumnos con periodos crónicos de pensamientos suicidas, aceptación sobre esos pensamientos e ideas, sin sentido de control sobre la actividad suicida y además respondieron no tener ningún disuasivo que pueda frenarlo al realizar el acto y en las razones para realizar el intento respondieron, “para escapar, solucionar problemas, finalizar de forma absoluta lo que le está atormentando”. Lo cual es sumamente llamativo y es importante tenerlos en cuenta.

Tabla 6 Nivel del proyecto de intento

Preguntas	Respuestas			
	% (0)	% (1)	% (2)	
L. Método: especificidad/oportunidad de pensar en el intento suicida	48,15	44,44	7,41	100
M. Método, disponibilidad/oportunidad de pensar el intento	40,74	42,59	16,67	100
N. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento	37,04	53,7	9,26	100
Ñ. Expectativa/anticipación de un intento real	62,96	27,78	9,26	100
Total:	188,89	168,51	42,6	400
Promedio %	47,22	42,13	10,7	100

Donde 0 es el puntaje con ninguna gravedad, 1 es el moderado nivel de gravedad y 2 el puntaje más alto en gravedad.

Ilustración 4 Nivel del proyecto de intento



Donde 0 es el puntaje con ninguna gravedad, 1 es el moderado nivel de gravedad y 2 el puntaje más alto en gravedad.

En cuanto al **Método (Especificidad/Planeación)**, se encontró que 24 estudiantes (44,44%), corresponden a **considerado, pero sin elaborar los detalles** y 4 estudiantes (7,41%), corresponde a **detalles elaborados/bien formulados**. En cuanto al **Método (Accesibilidad/Oportunidad)**, 23 estudiantes (42,59%), corresponde a **oportunidad no disponible** y 9 estudiantes (16,67%), corresponden a **método y oportunidad si están disponibles**.

Al preguntar a los estudiantes, **qué tan capaces se sentían para llevar a cabo un intento de suicidio**, las respuestas fueron las siguientes: 20 alumnos (37,04%), corresponden a falta de **valor, debilidad o está asustado**, seguido por 29 alumnos (53,70%), corresponden a **inseguro por falta de valor** y por último 5 alumnos (9,26%), corresponden a **seguridad de tener valor para realizarlo**.

Con respecto a la pregunta de **si es posible que intentaran suicidarse en un futuro cercano (intento real)**, 34 alumnos (62,96%), corresponden a **no lo van a intentar**, 15 alumnos (27,78%), respondieron no **estar seguros, incierto** y una minoría conformada por 5 alumnos (9,26 %), respondieron que **sí lo harían**.

Por lo tanto, según los resultados obtenidos nos damos cuenta que el nivel del proyecto de intento suicida mayormente es bajo en los alumnos. Lo cual significa que la mayoría no consideraron ningún método, ni planificación para la acción; además de que, si hubiera ya un método planeado, no sería posible ya que sería inaccesible para ellos.

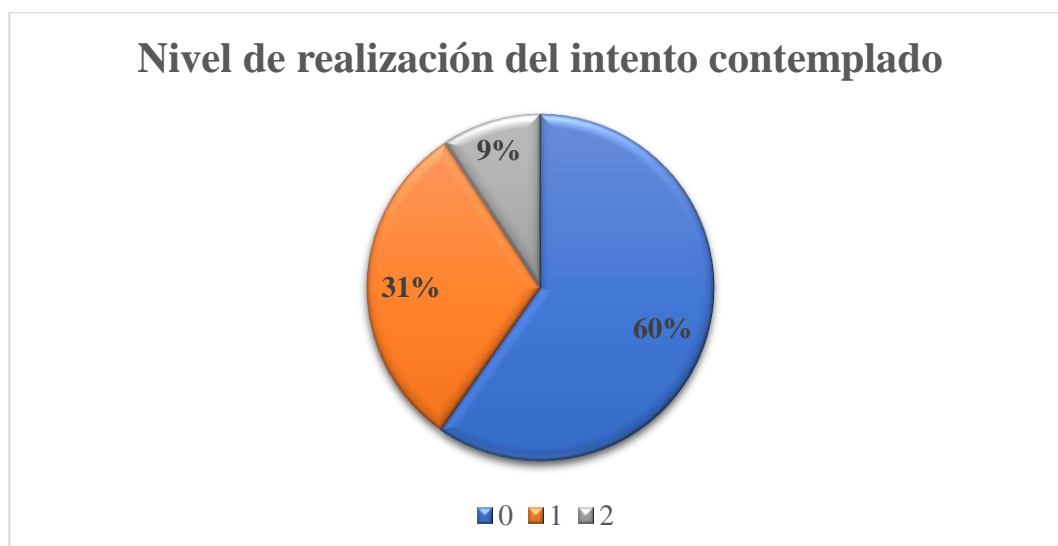
Respondieron no tener valor o ser miedoso, incompetente para realizar tal acto y sin ninguna expectativa para el intento. Por otro lado, llama la atención que un 11% de las respuestas fueron negativas, estos alumnos respondieron que sí tienen detalles planificados y bien formulados; que tienen futura accesibilidad para realizarlo; seguridad del valor para hacerlo y con expectativas para el intento.

Tabla 7 Nivel de realización del intento contemplado

Preguntas	Respuestas			
	% (0)	% (1)	% (2)	
O. Preparación real	59,26	35,19	5,56	100
P. Nota suicida	72,22	25,93	1,85	100
Q. Acciones finales para preparar la muerte	64,81	24,07	11,11	100
R. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida	42,59	38,89	18,52	100
Total:	238,88	124,08	37,04	400
Promedio %	59,72	31,02	9,26	100

Donde 0 es el puntaje con ninguna gravedad, 1 es el moderado nivel de gravedad y 2 el puntaje más alto en gravedad.

Ilustración 5 Nivel de realización del intento proyectado



Donde 0 es el puntaje con ninguna gravedad, 1 es el moderado nivel de gravedad y 2 el puntaje más alto en gravedad.

Cuando fueron preguntados sobre su **preparación real ante la idea del suicidio**, los estudiantes respondieron de la siguiente forma: 32 alumnos (59,26%), corresponden a **ninguna preparación**, 19 alumnos (35,19%), corresponden a **preparación parcial (por ejemplo, empezar a recoger píldoras)**, y 3 estudiantes (5,56%), corresponden a **preparación completa, (por ejemplo, tienen las píldoras suficientes, tienen la navaja, tienen la pistola cargada)**.

En cuanto a la pregunta de si **escribió o no una nota acerca de suicidio**: una mayoría, 39 alumnos (72,22%), corresponden a **ninguna nota de suicidio existente**, 14 alumnos (25,93%), corresponden a **comenzar a redactarla, pero sin la finalizar** y 1 alumno (1,85%), corresponde a **carta de suicidio terminada**.

Con respecto a los **preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ejemplo: seguro, testamento, donaciones)**: 35 alumnos (64,81%), corresponden a **no realizar ninguna preparación**, 13 alumnos (24,07%), corresponden a **pensar en dejar algunos asuntos arreglados** y una minoría de 6 alumnos (11,11%), corresponde a **planes definitivos o dejar todos los asuntos arreglados**.

Teniendo en cuenta el **grado de encubrimiento de los estudiantes hacia las ideas suicidas**, 23 alumnos (42,59%), corresponden a **revelar sus ideas abiertamente**; 21 alumnos (38,89%), corresponden a **revelar sus ideas reservadamente**. Finalmente, 10 alumnos (18,52%), corresponden a **intentar engañar, encubrir o mentir acerca de estas ideas**.

Con los resultados obtenidos, podemos darnos cuenta que el nivel de realización del intento contemplado en su mayoría es bajo. Esto nos da a entender que los alumnos en su mayoría respondieron que no hicieron ninguna preparación para el intento; no hicieron notas suicidas; sin actos finales en anticipación al intento y revelaron sus ideas abiertamente.

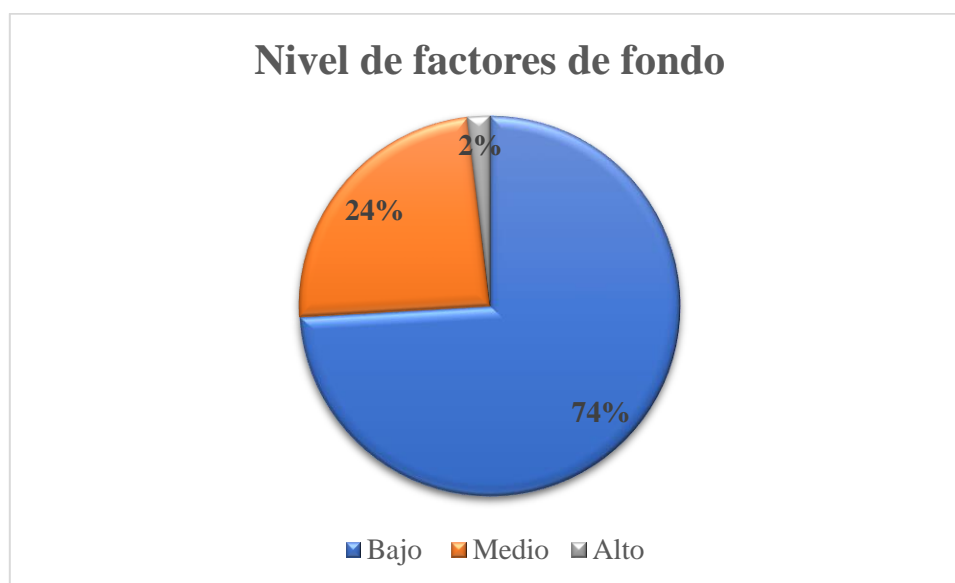
De lo contrario, un 9% de las respuestas fueron negativas, respondieron tener completa preparación para realizar el intento (ejemplo, tiene las pastillas, pistola cargada, etc.), tener nota terminada de suicidio, respondieron tener actos definitivos o arreglos finales para la acción y además que intentaron engañar, ocultar y mentir sobre estas ideas suicidas.

Tabla 8 Nivel de los factores de fondo

Preguntas	Respuestas		
	% (0)	% (1)	% (2)
S. Relación entre ingesta de alcohol e intento	74,07	24,07	1,85

Donde 0 es el puntaje con ninguna gravedad, 1 es el moderado nivel de gravedad y 2 el puntaje más alto en gravedad.

Ilustración 6 Nivel de los factores de fondo



Donde 0 es el puntaje con ninguna gravedad, 1 es el moderado nivel de gravedad y 2 el puntaje más alto en gravedad.

En cuanto a la **Relación entre ingesta de alcohol e intento**, 40 alumnos (74,07%), corresponden a **alguna ingesta previa, pero sin relación con las ideas de suicidio**, 13 alumnos (24,07%), corresponden a **ingerir suficiente como para deteriorar la capacidad de juicio** y 1 alumno (1,85%), corresponde a **ingesta intencional para facilitar o llevar a cabo el intento**. El colegio Porvenir de Isla Bogado Luque, se encuentra en una zona con familias de bajos recursos, es una zona (conflictiva).

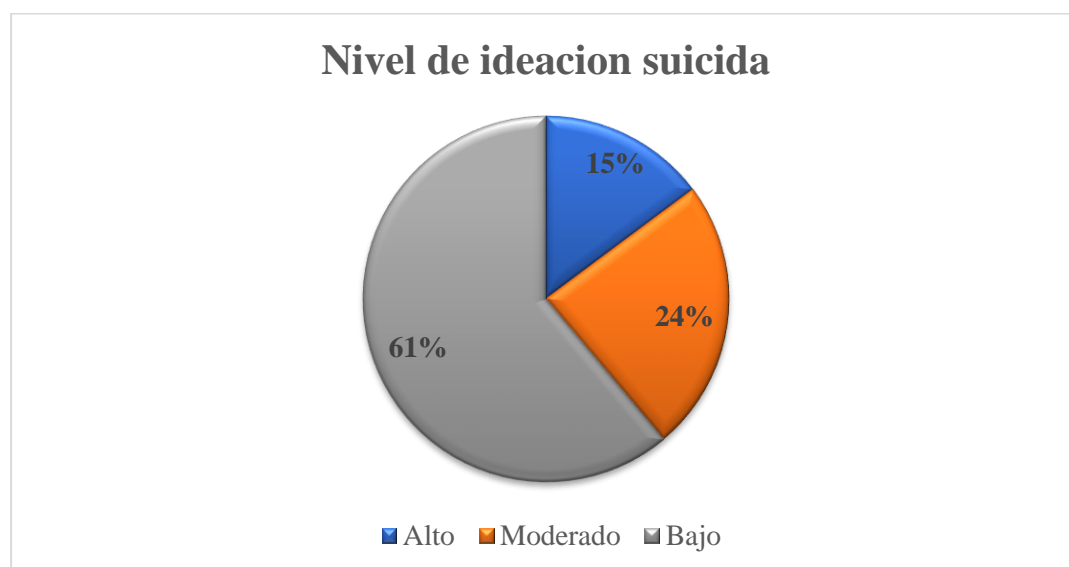
La mayoría de los alumnos de esta institución son de los alrededores, muchos de ellos con problemas familiares, un 38,89% de los alumnos confirmo que sus responsables consumen alcohol, un 9,26% vienen de una familia disfuncional con padres divorciados, el 5,55% de estudiantes dijeron conocer por lo menos una persona con intento de suicidio.

Como resultado, se obtuvo que, aquellos alumnos que respondieron negativamente a las preguntas relacionadas con la cercanía vincular, son jóvenes que han obtenido puntuaciones relativamente altas en el test de ideación suicida de Beck.

Tabla 9 Nivel de ideación suicida en los adolescentes del 3° ciclo del colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque

<i>Nivel de ideación suicida</i>	<i>Alumnos</i>	<i>%</i>
Alto	8	14,81
Medio	13	24,07
Bajo	33	61,11
Total	54	100

Ilustración 7 Nivel de ideación suicida



Según los resultados obtenidos podemos observar que, 33 alumnos (61%), poseen un nivel bajo de ideación suicida; 13 alumnos (24%), poseen un nivel moderado de ideación suicida y 8 (14,81%), de los alumnos presentan ideas activas de suicidio.

Si bien los valores indican que la media de los participantes los ubicaría en una prevalencia de bajo nivel de ideación suicida, se considera que, si de 54 alumnos, 21 de ellos (13 en los rangos de moderado y 8 en rangos de alto nivel de ideación suicida), han contestado positivamente a preguntas que refieren a la presencia de algún pensamiento, idea o representación de ideas suicidas, es una población que, si bien no es necesario alarmarse demasiado, se debería tener en cuenta para una posible intervención a fines preventivos.

CAPITULO V

Conclusiones

Para concluir con el trabajo, vamos a dar respuesta a cada uno de los objetivos:

1. Identificar el nivel de actitud suicida que muestran los adolescentes del 3° ciclo del colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque.

En relación a este objetivo, se llegó a la conclusión de que el nivel mayor de respuestas acerca de la actitud suicida es “medio”. Esto significa que la mayoría de los alumnos estudiados, presentan un moderado nivel de actitud suicida, como, por ejemplo, presentan “débil deseo de vivir”, “débil deseo de morir”, en “razones para vivir morir” respondieron que les dan el mismo valor a vivir o morir.

Por otro lado, un grupo pequeño, pero no menos importante, mostraron pensamientos

activos de ideación suicida, los cuales respondieron que dejarían la vida/muerte a la suerte y/o evitarían los pasos necesarios para salvarse.

2. Verificar el nivel de pensamientos y deseos suicidas que tienen los adolescentes del 3° ciclo del Colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque.

En relación a este objetivo se llegó a la conclusión que, en mayoría, el porcentaje de respuestas a los pensamientos y deseos suicidas en alumnos es bajo, sin embargo, hay una minoría en nivel de respuestas de alumnos que presentan un “continuo pensamiento e ideas suicidas”, además de estudiantes que respondieron “no tener sentido de control sobre la actividad suicida” y no tener ningún disuasivo que pueda frenarlo al realizar el acto.

3. Especificar el nivel del proyecto de intento suicida que realizan los adolescentes del 3° ciclo del Colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque.

Según los resultados obtenidos se puede concluir que, el nivel del proyecto de intento suicida, en su mayoría es bajo en los alumnos. Lo cual significa que la mayoría no consideraron ningún método, ni planificación para la acción; además de que, si hubiera ya un método planeado, no sería posible ya que sería inaccesible para ellos.

Por otro lado, en minoría respondieron que sí tienen detalles planificados y bien formulados; que tienen futura accesibilidad para realizarlo; seguridad del valor para hacerlo y con expectativas para el intento.

4. Identificar el nivel del intento proyectado de los adolescentes del 3° ciclo del Colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque.

Se puede mencionar que en relación a este objetivo se llegó a la conclusión de que el nivel de realización del intento contemplado en su mayoría es bajo, lo que quiere decir que los adolescentes en su mayoría no hicieron ninguna preparación para el intento, además de revelar abiertamente sus ideas. Sin embargo, si hubo alumnos con preparación parcial y otros que respondieron estar totalmente preparados.

Solo 1 alumno respondió que completo su carta de suicidio.

5. Identificar el nivel de factores de fondo que llevan a una ideación suicida en los alumnos del 3° ciclo del Colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque.

Como resultado, se obtuvo que en relación a la ingesta de alcohol e intento el nivel de respuestas más altas es “bajo”. Esto significa que la ingesta de alcohol que pueden llegar a cometer no tiene nada que ver con querer realizar un intento de suicidio. Aquellos alumnos que respondieron negativamente a las preguntas relacionadas con la cercanía vincular, son jóvenes que han obtenido puntuaciones relativamente altas en el test de ideación suicida de Beck, por lo que se concluye que, en aquellos jóvenes que no creen tener un vínculo estrecho, cercano, de afecto, ya sea con su familia, el grupo de pares, o perteneciendo a un contexto que le brinde seguridad y contención; el índice suicida, aumenta todo esto podrían ser los factores de fondo para que el adolescente empiece a tener ideas y pensamientos suicidas.

Por último, para concluir el trabajo, damos respuesta al objetivo general:

- **Determinar el nivel de la ideación suicida de los adolescentes del 3° ciclo del Colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque.**

Con los resultados obtenidos concluimos que los alumnos del 3° ciclo del colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque, en su mayoría presentan un nivel bajo de ideación suicida.

Si bien los valores indican que la media de los participantes los ubicaría en una prevalencia de bajo nivel de ideación suicida, hay porcentajes que deberían ser tomados en cuenta como significativos, ya que hay una cantidad importante de alumnos que han respondido positivamente a preguntas relacionadas en torno a las ideas suicidas.

Comentarios y recomendaciones

Según los datos obtenidos y analizados de la “Escala de ideación suicida de Beck”, el promedio de los resultados obtenidos es un nivel bajo en ideación suicida, es llamativo ver que hay un grupo de adolescentes que debería ser tomado en cuenta a modo preventivo.

Por ello recomendamos al personal docente del centro educativo, la importancia de promover y supervisar la salud mental del estudiante, para contribuir a la identificación de casos de riesgo y pronta derivación a los servicios pertinentes, involucrando a los padres de familia en el apoyo al estudiante.

Al director de la institución, poder proveer dentro del equipo educativo un psicólogo que pueda dar apoyo a los docentes para la identificación de casos de riesgo dentro de los estudiantes y así contribuir en la disminución de la ideación suicida como de los factores de riesgo.

Es importante hacer notar que, por los resultados obtenidos, se debe de poner mucho énfasis en la necesidad de trabajar en el fortalecimiento del ambiente familiar, ya que la familia puede fungir como un elemento protector contra la conducta suicida. Es decir, la familia debe brindar apoyo emocional y social, así como una buena comunicación.

También, debe de fomentar habilidades, proveer de información y dar las herramientas necesarias para que los adolescentes puedan enfrentar situaciones adversas.

Para futuras investigaciones en este campo, recomiendo a hacer entrevistas a profesionales psicólogos especializados en suicidio, para acercarnos mejor a la realidad de este tema tabú y considerando que en el Paraguay no existen muchas bases de datos relacionados a este tema, hacer una entrevista se vuelve una posibilidad para conocer mejor la ideación suicida.

También recomiendo que el grupo a ser estudiado sea una población específica así evitaremos que la investigación sea extremadamente extensa.

Bibliografía

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1971). *La adolescencia normal*. Buenos Aires.
- Abramson, L. (2000). The Hopelessness theory of suicidality. *Suicide science*. Expanding the boundaries. *Boston: Kluwer Academic*, 17.
- Alfonso, M., González, C., & Bustamante, J. (octubre de 2013). *El suicidio en adolescentes*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-el-suicidio-adolescentes-X0185106313687322>
- Aliño, S., Lopez, E., & Navarro Fernandez. (2015). Adolescencia, aspectos generales y atención a la salud. La Habana.
- Alvarez, C. (2015). Metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa. Neiva, Colombia.
- Beck, A. (1979). Escala de Ideación Suicida. *Development of suicidal intent scale for suicide ideation. J. Consult clin Psychol.*, 343-352.
- Beck, A. (s.f.). Escala de Ideación Suicida. En *Development of suicidal intent scale for suicide ideation. J. Consult clin Psychol* (págs. 343-352.).
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Nueva York: Desclee de Brower.
- Bella, M., Fernandez, & Willington, J. (27 de 08 de 2015). Identificación de factores de riesgos suicidas en niños y adolescentes. Buenos Aires, Argentina.
- Bernstein, E. (s.f.). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. En *Journal of Nervous and Mental Disease*, (págs. 1, 248-249).
- Buitrago, C. (s.f.). Obtenido de <https://Upap.es/articulo/12738/ideación-y-conductas-suicidas-en-adolescentes-y-jóvenes>.
- Cao, M. (s.f.). *Planeta adolescente*. Buenos Aires, Argentina: Analytica Cento.
- Carvajal Corzo, G. (1994). *La aventura de una metamorfosis*. Bogotá, Colombia: Tiresias.
- Castillo Ledo, I., Ledo González, H., & Ramos Barroso, A. (2013). *Consideraciones psicodinámicas de la conducta suicida*. Obtenido de <file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-ConsideracionesPsicodinamicasDeLaConductaSuicidaEn-4694922.pdf>
- Casullo, M. (2005). *Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social*. Buenos Aires, Argentina.
- Casullo, M., & Liporace, M. (2007). *Estudiantes adolescentes Argentinos en riesgo suicida: Una investigación comparativa*.

- Chávez, E. (2007). Tratamiento farmacológico del trastorno límite de personalidad. En *Salud Mental vol. 29* (págs. 115-116).
- Coleman, J., & Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid.
- Constanza, S., & Buitrago, C. (2018). *Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322018000400014&script=sci_arttext&tlng=pt
- De la Torre Martí, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial del suicidio*. Obtenido de https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2018/01/protocolo_ideacion_suicida.pdf
- Delval, J. (1998). *Psicología del desarrollo*. Madrid, España.
- Durkheim, E. (1985). *El Suicidio*. Madrid, España: Akal Universitaria.
- Eguiluz, L. (2003). Ideación suicida en los jóvenes: Prevención y asistencia. *Perspectivas Sistémicas*, 78, 3-6.
- Fernández Mouján, O. (1997). *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Buenos Aires, Argentina: Nueva visión.
- Fernandez, B., & Willington. (2010). Intento de suicidio en adolescentes.
- Galvis Villalobos, H. (2009). Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior. Granada: Universidad de Granada.
- González Forteza, C., Ramos Lira, L., & Caballero Gutiérrez, M. Á. (2003). *Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intentos suicidas en adolescentes mexicanos*. Obtenido de Psicothema: <http://www.psicothema.com/pdf/1102.pdf>
- González, A., Rodríguez, A., García, J., Aristizabal, A., Palacio, C., & Jaramillo, C. (2010). *Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica*.
- Griffa, M., & Moreno, J. (2005). *Claves para una psicología del desarrollo*. Buenos Aires, Argentina.
- Gutiérrez García, A., Contreras, C., & Orzoco Rodriguez, R. (s.f.). El suicidio, conceptos actuales. Veracruz, México.
- Hendin, H. (1951). Psychodynamic motivational factors in suicide. En *Psychiatry Quarterly* (págs. 5, 672-678).
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Pilar Bapista, L. (2001). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Ledo Gonzalez, H., Castillo Ledo, I., & Ramos Barroso, A. (01 de 09 de 15).

- Consideraciones psico dinámicas de la conducta suicida en la población infanto juvenil. Cienfuegos, Cuba.
- Marchiori, H. (2004). Criminología, delito y personalidad. Buenos Aires: Porrúa.
- Martinez, C. (2007). Introducción a la sociología: Teoría, investigación e intervenciones. Buenos Aires.
- Morales, J., Moya, M., & Rebollo, E. (1995). Actitudes. *Psicología social*, 496.
- Moron, P. (1987). El suicidio: ¿Qué es? Francia: Publicaciones Cruz.
- Muñoz, J., Callata, V., Napa, N., & Perales, A. (2005). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años. *Revista Peruana de Medicina Experimental*, 4, 239-246.
- Nicholi, A. (2002). *Cuestión de Dios*, 310.
- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general*, 15, 196-217.
- Quintanilla, R., & Haro, L. (2003). Desesperanza y tentativa suicida. *Investigación en Salud*, 113-116.
- Rodríguez, J. (2012). *Mi tierra digital*. Obtenido de <http://www.periodicomitierra.com/columnistas/que-es-la-ideacion-suicida>
- Rodulfo, R. (s.f.). El psicoanálisis de nuevo. Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Rosales, J. (2007). Acerca de la investigación del suicidio. En *Psicología, Salud y Educación: Avances y Perspectivas en América Latina*, (págs. 171-177).
- Sánchez, J. C., Villarreal, M. E., & Musitu, G. (2012). *Ideación suicida*. Obtenido de <http://www.uv.es/lisis/so-trillas13.pdf.sa/cap13/cap12/-ideación-suic-trillas13.pdf>.
- Sierra Agudelo, G. L. (2017). *Corporacion ser especial*. Obtenido de <https://serespecial.org/2020/05/28/ideacion-suicida-en-ninos-y-adolescentes/>
- Solomon, P., & Patch, V. (1972). *Manual de Psiquiatría*. Mexico: Manual moderno.
- Sternbach, S. (2006). *Adolescencia: Trayectorias turbulentas*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Stotland, E. (1969). Exploratory investigations of empathy, in Leonard Berkowitz. *Advances in experimental social psychology*, 4, 271-314.
- Sullivan, C. (2000). Women and men in management. En *Gender, Work and Organization* (págs. (1), 96-98).
- Teurel, S., Martinez, M., & García León. (s.f.). Variables Psicológicas asociadas a la ideación suicida en adolescentes. Almeira.

- Toro, D., Paniagua, R., González , C., & Montoya, B. (2006). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio. *Fac.Nacional Salud Pública*, 7.
- Tozzini, C. (1969). El suicidio. Buenos Aires.
- Valdivia, M. (2012). Intento de suicidio en niños: algunos aspectos biodemográficos. *Chil Pediatr*, 26-27.

Anexo**Consentimiento informado****CONSENTIMIENTO INFORMADO A PADRE O ENCARGADO**

Nombre del estudio: Ideación Suicida en adolescentes del 3° ciclo del colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque.

Nombre del investigador principal: Deisy Ferreira Pereira

Nombre _____ **del**
participante: _____

Cuando su hijo (a) participa en una investigación, usted necesita de una adecuada información para decidir sobre su cooperación en la misma. Con el fin de invitarle tanto a su hijo (a) como a usted a participar en la presente investigación y obtener su consentimiento, se solicita leer atentamente el siguiente documento

A. PROPOSITO DEL ESTUDIO: Su hijo (a) participará de una investigación que se realiza para identificar las características de ideación suicida en los adolescentes y servirá como tesis de graduación.

B. PROCEDIMIENTO: Si usted y su hijo (a) aceptan la participación en este estudio se realizará lo siguiente: se solicitará a su hijo (a) que complete un documento de estudio, denominado Escala de Ideación Suicida de Beck.

C. RIESGOS: Se espera que la participación de su hijo (a) no conlleve ningún riesgo para su integridad física, psicológica o moral, ni costo económico alguno. Puede significarle alguna molestia o incomodidad, en sentido de que implica referirse a la vida privada, sin embargo, cualquier inconveniente al respecto puede expresarlo libremente y recibirá la información requerida por parte de la investigadora que realiza dicho test.

D. BENEFICIOS: Como resultado de su participación en este estudio, su hijo (a) no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, es posible que los resultados que surjan a través de la investigación beneficien a otras personas y ayuden a incrementar el conocimiento de los profesionales sobre el riesgo de las y los adolescentes de conductas autodestructivas. Por su participación no recibirá ningún tipo de pago.

E. Puede conversar con la investigadora que aplica el test para contestar sus preguntas sobre este estudio.

F. Su participación y la de su hijo (a) es de forma voluntaria. Ambos tienen el derecho de negarse a participar o discontinuar su participación en cualquier momento.

G. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en un documento que se llamado tesis.

Consentimiento informado

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

Me quedo clara la información que necesitaba decidir acerca de la participación de mi hijo (a) en esta investigación

Por lo tanto, acepto que mi hijo (a) participe voluntariamente como sujeto de investigación en la investigación titulada: Ideación suicida en alumnos del 3° ciclo del colegio Porvenir de Isla Bogado, Luque.

.....

Nombres de padre o encargado

.....

Firma

.....

Fecha

Ficha de recolección de datos**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INTERCONTINENTAL****TRABAJO DE GRADUACIÓN****CARRERA: PSICOLOGÍA****Edad** _____ **Grado** _____ **Sexo** _____**1. ¿Vive con sus dos padres?** **Sí** **No****1.1 Si su respuesta es NO ¿con cuál de sus padres vive?** **Madre** **Padre** **Otro****2.0 ¿Sabe usted si alguno de sus padres o encargados consumen alcohol?** **Sí** **No** **NS**

Si la respuesta es sí

- ¿Cada cuanto consume alcohol?

Una vez al año**Una vez al mes****Una vez a la semana****Más de una vez a la semana**

- ¿Tiene algún problema del tipo familiar, laboral o físico cada vez que consume alcohol?

Sí**No****NS****2. ¿Conoce usted a alguna persona cercana que haya intentado suicidarse?****Sí****No**

TEST ADMINISTRADO

Tabla 10 Escala de ideación suicida de Beck

1. <i>Deseo de vivir</i>
0. Moderado a fuerte
1. Débil
2. Ninguno
2. <i>Deseo de morir</i>
0. Ninguno
1. Débil
2. Moderado a fuerte
3. <i>Razones para vivir/morir</i>
0. Porque seguir viviendo vale más que morir
1. Aproximadamente iguales
2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. <i>Deseo de intentar activamente el suicidio</i>
0. Ninguno
1. Débil
2. Moderado a fuerte
5. <i>Deseos pasivos de suicidio</i>
0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad
2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. <i>Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</i>
0. Breve, periodos pasajeros
1. Por amplios periodos de tiempo
2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. <i>Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</i>
0. Raro, ocasional
1. Intermitente
2. Persistente o continuo
8. <i>Actitud hacia la ideación/deseo</i>
0. Rechazo
1. Ambivalente, indiferente
2. Aceptación
9. <i>Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out</i>
0. Tiene sentido del control
1. Inseguro
2. No tiene sentido del control
10. <i>Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)</i>
0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. <i>Razones para el intento contemplado</i>
0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
1. Combinación de 0 y 2
2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. <i>Método (especificidad/planificación del intento contemplado)</i>
0. No considerado
1. Considerado, pero detalles no calculados
2. Detalles calculados/bien formulados
13. <i>Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)</i>
0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
2. Método y oportunidad accesibles
2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

14. <i>Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento</i> 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente 1. Inseguridad sobre su valor 2. Seguro de su valor, capacidad
15. <i>Expectativas/espera del intento actual</i> 0. No 1. Incierto 2. Sí
16. <i>Preparación actual para el intento contemplado</i> 0. Ninguna 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.) 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
17. <i>Nota suicida</i> 0. Ninguna 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada 2. Nota terminada
18. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)</i> 0. Ninguno 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
19. <i>Engaño/encubrimiento del intento contemplado</i> 0. Reveló las ideas abiertamente 1. Frenó lo que estaba expresando 2. Intentó engañar, ocultar, mentir

20. Relación entre ingesta de alcohol e intento

0. Alguna ingesta previa, pero sin relación con el intento

1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad

2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

Tabla 11 Respuestas del test de ideación suicida de Beck

ALUMNOS DEL 3° CICLO							PREGUNTAS														TOTAL POR ALUMNO
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	Ñ	O	P	Q	R	S	
1	2	1	2	1	0	1	2	0	1	2	1	2	2	1	1	1	1	0	1	1	24
2	1	1	1	0	2	1	0	2	0	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	0	18
3	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	11
4	0	1	1	0	0	2	0	0	0	2	1	1	2	0	0	0	1	1	1	1	14
5	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	2	2	1	1	0	1	0	0	0	13
6	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	2	1	1	0	1	1	0	16
7	1	0	0	0	2	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	12
8	0	1	1	0	0	1	0	2	1	1	0	1	0	0	0	0	1	2	2	0	13
9	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	2	2	1	0	2	1	0	1	0	1	14
10	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	2	0	0	1	14
11	1	2	0	0	1	0	2	1	0	0	1	1	0	2	0	1	0	1	2	0	15
12	0	0	1	0	1	0	0	0	1	2	1	0	1	0	2	0	1	1	0	0	11
13	2	1	0	1	1	0	1	1	1	0	2	1	2	2	1	0	0	0	0	0	16
14	2	1	0	2	1	2	0	0	0	2	1	0	1	1	0	2	0	0	1	0	16
15	1	0	2	1	0	2	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	14
16	1	1	1	1	1	1	2	1	1	0	2	0	1	1	0	1	1	2	1	2	21
17	0	1	0	0	2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	11
18	2	1	1	0	1	1	2	0	1	0	0	1	2	0	0	1	0	2	2	0	17
18	0	2	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	14
20	1	0	2	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	9
21	1	2	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	10
22	1	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	9
23	1	1	1	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	9
24	1	1	0	2	1	1	0	0	2	2	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	13
25	0	1	1	1	0	0	0	1	0	2	1	1	0	1	0	2	0	1	2	0	14
26	2	0	2	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	11
27	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	7
28	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	8
29	0	2	1	1	0	1	1	0	2	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	12
30	0	1	0	2	0	0	0	1	1	0	2	0	0	1	1	0	0	0	1	0	10
31	2	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0	1	1	2	0	1	0	0	0	0	11
32	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	10
33	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	2	0	0	9
34	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	6
35	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	8
36	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	8
37	0	2	2	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	12
38	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	2	0	8
39	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	2	0	0	0	0	9
40	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	9
41	1	1	1	0	1	1	2	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	2	0	16
42	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	6
43	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	4
44	1	1	0	1	0	1	0	2	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	11
45	2	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	2	0	11
46	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	8
47	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	2	0	0	0	1	0	9
48	0	1	1	1	0	0	0	1	0	2	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	9
49	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	2	1	0	0	0	0	0	1	9
50	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	2	0	1	1	0	0	0	0	1	0	11
51	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	2	0	10
52	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	2	0	0	1	0	1	0	2	0	0	9
53	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	2	0	2	1	0	0	0	0	1	0	11
54	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	2	0	1	1	0	0	0	0	1	0	10