

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
MEDICINA Y CIRUGÍA

*Tesis para Optar por el Grado Académico de
Licenciatura en Medicina y Cirugía*

**FACTORES DE RIESGO QUE PREDISPONEN A
LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES
ENTRE 12 Y 17 AÑOS EN EL CENTRO
EDUCATIVO MARIA INMACULADA DE
LIMÓN EN EL MES DE OCTUBRE 2018**

Tutora
Dra. Meriana Porras Marín

Sustentante
Andrey Joaw Reid Sing

San José, Costa Rica
Diciembre, 2018

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	ii
ÍNDICE DE TABLAS.....	iv
ÍNDICE DE FIGURAS	v
ÍNDICE DE CUADROS	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vii
DEDICATORIA.....	ix
AGRADECIMIENTO	x
RESUMEN	xi
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1.1 Antecedentes del problema	2
1.1.2 Delimitación del problema	14
1.1.3 Justificación	14
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.3.1 Objetivo general.....	15
1.3.2 Objetivos específicos.....	15
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	16
1.4.1 Alcances de la investigación	16
1.4.2 Limitaciones de la investigación.....	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	19
2.2 DEFINICIONES	21
2.2.1 Grados de Intento Suicida ²⁴	22
2.3 EPIDEMIOLOGÍA	24
2.4 NOMENCLATURA	26
2.4.1 Criterios diagnóstico de un episodio depresivo	27
2.5 ETIOLOGÍA	30
2.6 FACTORES DE RIESGO.....	33
2.6.2 Factores familiares	36

2.6.3	Factores psicosociales	37
2.6.4	Factores Psicológicos.....	38
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO		52
3.1	ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	53
3.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN	53
3.3.1	UNIDAD DE ANÁLISIS U OBJETO DE ESTUDIO.....	53
3.3.2	Muestra	54
3.3.3	Criterios de inclusión y exclusión	54
3.3.4	Fuentes de información	55
3.4	INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	55
3.4.1	Validación y confiabilidad del cuestionario.....	56
3.5	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	62
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....		67
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS		84
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		94
6.1	CONCLUSIONES.....	95
6.2	RECOMENDACIONES	97
BIBLIOGRAFÍA		99
A N E X O S.....		113

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Costa Rica. Incidencia de suicidios por año. Ministerio de Salud.2012-2016	12
Tabla 2. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según la CIE 10.....	27
Tabla 3. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE 10.....	28
Tabla 4. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo mayor. DSM V. 2016 ...	29
Tabla 5. Factores de riesgo suicida según la OMS.....	33
Tabla 6. Recomendaciones de actuación ante una situación de ideación suicida. uía Practica Clínica de Prevención y Tratamiento del Suicidio. 2012	49
Tabla 7. Recomendaciones de actuación en el primer nivel de atención ante una situación de ideación suicida.....	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Dos aproximaciones al entendimiento del fenómeno del suicidio. A) Modelo de estrés-diátesis del comportamiento suicida. B) Modelo del suicidio como proceso.	32
---	----

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro número 1. Número de casos registrados de intentos de suicidio y tasa de incidencia de intentos de suicidio en la Provincia de Limón, en el año 2015 (Tasa por 100.000 habitantes)	13
Cuadro número 2. Medición de la fiabilidad de la escala de Plutchick.....	57
Cuadro número 3. Costa Rica. Matriz de componentes rotados. Escala de Plutchick. Estudiantes encuestados entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón. 2018	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Costa Rica. Distribución absoluta y relativa del sexo de los estudiantes encuestados entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018. (n = 234 estudiantes)	68
Gráfico 2. Costa Rica. Histograma de la edad (años) de los estudiantes encuestados entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018. (n = 234 estudiantes)	69
Gráfico 3. Costa Rica. Distribución relativa del grado académico de los estudiantes encuestados entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018. (n = 234 estudiantes)	70
Gráfico 4. Costa Rica. Distribución absoluta y relativa del sitio de residencia de los estudiantes encuestados entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018. (n = 234 estudiantes)	71
Gráfico 5. Costa Rica. Distribución relativa del tipo de familia de los estudiantes encuestados entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018. (n = 234 estudiantes)	72
Gráfico 6. Costa Rica. Factores de riesgo detectados por la escala de Plutchick según las respuestas de los adolescentes entrevistados. Estudiantes entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018.	73
Gráfico 7. Costa Rica. Relación entre sentirse inútil o inservible y haber intentado autolesionarse al menos en una ocasión. Estudiantes entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018	74
Gráfico 8. Costa Rica. Relación entre irritabilidad y el intento de autolesionarse. Estudiantes de entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018.	75
Gráfico 9. Costa Rica. Relación entre la sensación de fracaso y haber intentado autolesionarse al menos en una ocasión. Estudiantes entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018.	76
Gráfico 10. Costa Rica. Relación entre la desesperanza y haber intentado autolesionarse al menos en una ocasión. Estudiantes entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018.	77

Grafico 11. Costa Rica. Relación entre tener dificultades para conciliar el sueño y el intento de autolesionarse. Estudiantes entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018.	78
Grafico 12. Costa Rica. Relación entre el pesimismo y haber intentado autolesionarse al menos en una ocasión. Estudiantes entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018	79
Grafico 13. Costa Rica. Relación entre la toma de medicamentos para dormir y el intento de autolesionarse. Estudiantes entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018.	80
Grafico 14. Costa Rica. Relación entre tener poco interés de relacionarse con la gente y el intento de autolesionarse. Estudiantes de entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018.	81
Grafico 15. Costa Rica. Métodos usados en los intentos de autolesión de acuerdo a la escala de Plutchick. Estudiantes entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018.	82
Grafico 16. Costa Rica. Distribución absoluta y relativa del riesgo suicida de acuerdo a la escala de Plutchick. Estudiantes encuestados entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018. (n = 234 estudiantes).	83

DEDICATORIA

Dedico primero a Dios por guiar mi camino, a mi familia, mi padre, mi madre, mis hermanos, y en especial a mi sobrino Tití, que con su sonrisa me recordaba cada día que hay que seguir creciendo, a mis hermanos con sus bromas en los momentos difíciles, amistades que me brindaron apoyo y motivación, y en especial a aquellas familias que han sufrido la pérdida de un adolescente por conductas de riesgo, gracias a la provincia de Limón por su hospitalidad, por permitirme culminar mi último año como estudiante interno, a todas aquellas personas que de una u otra manera me han acompañado en esta aventura de crecimiento personal, culmino de manera exitosa y satisfactoria con mi requisito de graduación que me deja gran aprendizaje en lo personal.

AGRADECIMIENTO

Agradecer primero a Dios, al personal docente y administrativo y en especial la Licda. Sileny López Durán, Psicóloga y la Hna. Elizabeth Caballero Green, Directora de la institución, ambas del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, quienes me facilitaron sus espacios para aplicar las entrevistas, a los alumnos que fueron parte importante para recabar la información, a mi tutora, la Dra. Meriana Porras Marín por su incondicional acompañamiento durante el proceso de elaboración de la investigación, también a mi familia, la cual ha sido el pilar que se ha encargado de sostener mi motivación en los momentos más duros.

RESUMEN

1. Introducción: Esta investigación es un estudio transversal, ya que los datos se recolectarán en un mismo momento mediante un cuestionario autoaplicado. **2. Objetivo general:** Identificar los principales factores de riesgo que precipitan una conducta suicida en adolescentes de 12 a 17 años matriculados en el del Centro Educativo María Inmaculada de Limón. **3. Metodología:** Estudiantes varones y mujeres entre los 12 y 17 años. El cuestionario se aplicó a 234 sujetos, de una población total de 255, en el Centro Educativo María Inmaculada de Limón en octubre, 2018. Mediante la aplicación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchick. **4. Resultados:** Se identificaron factores de riesgo como: ruptura de relaciones sentimentales, acoso escolar y pensamiento suicida, además de síntomas depresivos relacionados a la conducta suicida. El 32,2% de la población estudiantil se encuentra expuesta a riesgo de comportamiento suicida. **5. Discusión:** El riesgo de conducta suicida en el grupo de estudio es alto en comparación con otros estudios, esto debido a que fueron agregadas al instrumento dos preguntas acerca del acoso escolar y el abuso de algún tipo, los cuales constituyeron factores de riesgo importantes dentro del grupo de estudiantes en estudio. **6. Conclusiones:** La conducta de riesgo suicida y los factores que la precipitan se lograron identificar en esta investigación. **7. Palabras clave:** Suicidio, conducta suicida, depresión, factores de riesgo, bullying.

ABSTRACT

1. Introduction: This research is a cross-sectional study, since the data will be collected at the same time by means of a self-applied questionnaire. **2. Main objective:** To identify the main risk factors that precipitate suicidal behavior in adolescents aged 12 to 17 enrolled in the / students of the María Inmaculada de Limón Educational Center. **3. Methodology:** Male and female students between 12 and 17 years old. The questionnaire was applied to 234 subjects, out of a total population of 255. At the Immaculate Conception Center of Limon in October, 2018. By applying the Plutchick Suicide Risk Scale. **4. Main results:** Risk factors were identified such as: Rupture of sentimental relationships, school bullying and suicidal thoughts, as well as depressive symptoms related to suicidal behavior. 32.2% of the student population is exposed to risk of suicidal behavior. **5. Discussion:** The risk of suicidal behavior in the study group is high compared to other studies, this is because two questions about bullying and abuse of some kind were added to the instrument, which constituted important risk factors within the group of students under study. **6. Main conclusions:** The suicidal risk behavior and the factors that precipitate it were identified in this investigation. **7. Keywords:** Suicide, suicidal behavior, depression, risk factors, bullying

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

La conducta suicida en la Biblia

El primer suicidio que aparece en la biblia es el de Abimelec (Jueces 9:54), este era un sanguinario asesino que aspiraba a ser Rey de Israel, Abimelec quedó gravemente herido por una mujer, por lo que ordenó a uno de sus servidores martarlo con una espada. Posiblemente el caso de suicidio de más trascendencia escrito en la biblia fue el de Judas Iscariote (Mateo 27:5), que tras haber sido descubierto por Jesús decidió ahorcarse. Otros casos de suicidio que aparecen en la biblia son los Sansón (Jueces 16:30), Saúl (Samuel 1, 31:5), Ptolomeo (Macabeos 2, 10:13) y Razis (Macabeos 2, 14:46). Incluso se hace alusión a la ideación suicida en las escrituras sagradas, por ejemplo la de Sara en Tobías 3:10 que luego de una aflicción quiso ahorcarse.¹

Antigua Grecia

Antes de esta época existía una visión menos castigadora acerca del suicidio, durante la antigua Grecia se planteó el acto suicida como un problema social, considerándose como un delito en contra del estado, el hecho de quitarse la vida merecía la mutilación del cadáver del suicida como castigo, con entierros aislados, además de una deshonra para la familia del que hubiera cometido el delito.²

Durante esta época Platón y Aristóteles manifestaron pensamientos en contra del acto de quitarse la vida, Platón consideró también el suicidio como un acto en contra de la sociedad, con algunas excepciones como los suicidios cometidos por amor, enfermedad o autocastigo por haber cometido una ofensa grave. Aristóteles señaló también el suicidio como un acto de cobardía y un crimen en contra de la ciudad.²

La antigua Grecia fue una de las primeras culturas en hacer consciencia acerca del suicidio y en tomar medidas para prevenirlo.

Imperio Romano

En este período se continuó con el pensamiento anti-suicidio de Platón y Aristóteles, sin embargo, hubo un cambio en cuanto a su definición y a la penalización.²

Según Tondo, el suicidio no era un acto extraño durante esta época, e incluso se consideraba honorable entre los libres cívicos e intelectuales.²

El Imperio Romano vivió dos etapas en las cuales se hizo reflexión acerca del suicidio. Primero, Cicerón condenaba el suicidio, pero lo aceptaba cuando se trataba de un acto heroico, por defensa del honor o por amor. En la segunda etapa, Constantino se inclinó por la penalización del suicidio y como forma de prevención de la conducta suicida, también advirtió sobre la apropiación de bienes familiares en caso de suicidio para compensar al estado por la pérdida de un habitante.²

La figura legal del suicidio para el imperio romano era el *"non compos mentis"* (sin control de su mente), utilizado para casos en los que el suicidio se daba a causa de una enfermedad; esta figura representaba la interpretación legal de una conducta

mental descrita como un estado mental alterado. Los casos más conocidos de personajes que decidieron quitarse la vida en esta época fueron los de Lucrecia (509 a.C), Catón (149 a.C) y Nerón (68 a.C).³

La edad media

La religión tuvo una gran influencia en la visión del suicidio, aun así, se siguieron los conceptos grecorromanos, los cuales castigaban este acto, el suicidio llegó a ser considerado como el más grande de los pecados en contra de Dios, era visto como una tentación diabólica, pero como castigo solo se limitó a la privación de la sepultura y de los sacramentos.³

Dante Alighieri, veía el suicidio de dos formas: el suicidio de "almas nobles", que iban al limbo y las que no lo eran, irían al infierno. A Erasmo esto le parecía una forma de liberarse del agobio de la vida y consideraba que el acto de quitarse la vida sería penalizado.⁴

La edad moderna

En la época del Renacimiento se pretendió quitar la penalización a los familiares en caso de que algún integrante cometiera suicidio, esto por ratificación de conceptos grecorromanos más coherentes influenciados por pensamientos franceses y luego, en la Revolución Francesa no existió prueba de penalización en los códigos napoleónicos respecto al suicidio.⁴

En esta época no se llegó a asociar la depresión al acto de quitarse la vida, si no más bien a la locura, a la insandad y a la ira, y el suicidio se consideró un acto vergonzoso de la clase pobre.⁴

En la época de la Revolución Francesa el suicidio se fue despenalizando en toda Europa, por lo cual dejó de aparecer en el código penal y en el código Napoleónico, aunque se dieron conflictos que llevaron a grandes revisiones sobre esta conducta, además se empezó a tomar en cuenta este acto en las estadísticas y se empezó a hacer revisiones acerca de lo que implica este tipo de conducta.⁴

Robert Burton en su obra “Anatomía de la Melancolía”, fue el primero en establecer una relación entre la depresión y el suicidio, este texto hace mención a síntomas como el sentimiento de vacío, el aburrimiento, la falta de risa, y la melancolía propiamente dicha.⁴

Emilie Durkheim, padre de la sociología define en su libro, “Le Suicide” que todo caso de muerte que resulte mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, y se divide además en dos categorías: la muerte de un enajenado que se precipita desde una ventana alta porque cree que está a ras de suelo y la del hombre sano de espíritu que se mata sabiendo lo que hace, también clasificó el suicidio en cuatro tipos, egoísta, altruista, anónimo y fatalista. En el egoísta el individuo no se encuentra integrado en un grupo social, mientras que en el altruista si, en el anónimo se da una alteración en la capacidad del individuo para integrarse a un grupo (ruina repentina, divorcio, cambios drásticos

en su vida) y el tipo fatalista se relaciona con una sensación de opresión del individuo debido a la imposición norma o disciplina (el ejército, fracaso escolar).⁵

Sigmund Freud en “Duelo y Melancolía” definió el suicidio como una hostilidad hacia el propio sujeto, un acto en el que la pulsión de vivir, la libido y el desinterés desengañado del mundo son vencidos por una renuncia del yo, lo cual impulsa a la acción suicida. También explica la relación entre el suicidio y el estado del duelo en la dimensión de la melancolía, en el que existe un martirio y denigración hacia sí mismo y un gozo por el sufrimiento, este goce sustentándose a su vez sobre una personalidad narcisista.⁶

Época Contemporánea

En la actualidad a nivel mundial la conducta de riesgo suicida sigue siendo un hecho, principalmente en la población adolescente en la que ha aumentado de forma significativa, existen muchas más tentativas de suicidio, por cada acto de suicidio consumado se estiman entre 15 y 20 intentos de suicidio, siendo el género femenino el que más incurre en este comportamiento, los intentos previos son el principal factor de riesgo para llegar al acto consumado. Según la OMS en el 2015, el suicidio se ubicó como la segunda causa de muerte entre los 15 y los 29 años de edad y su mayor incidencia se dio en países de medianos y bajos recursos. El 79% de los suicidios se da en países entre bajos y medianos ingresos.⁷

Antecedentes en Costa Rica

Las conductas suicidas en adolescentes son un problema de salud mental individual que dejan una huella genésica tanto en el sujeto como en las familias. Siendo un problema de salud pública, Costa Rica firmó la declaración de Caracas (el 14 noviembre de 1990), que es un movimiento que insta a los países a reestructurar la atención en Salud Mental. En el 2009, el consejo directivo de la Organización Panamericana de Salud (OPS), aprobó la Estrategia Regional y el Plan de Acción sobre Salud Mental (del 2009 al 2019). La Declaratoria de Corobicí, San José (en abril de 2011), respalda la elaboración de políticas nacionales en los Estados Partes orientadas a garantizar este derecho, como la Política Nacional de Salud Mental de Costa Rica, y el Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes del 2010 al 2018. En el 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS); elaboró un documento sobre la prevención del suicidio como respuesta a la problemática de la conducta suicida que carecía de un registro real, de los intentos de suicidio y sus factores de riesgo y que vendría a fortalecer la intervención individual y familiar, así como los mecanismos de acción.⁸

En Costa Rica se han elaborado políticas para el abordaje de la salud mental, las cuales son respaldadas por la Ley General de Salud (N°5395), la Ley Orgánica del Ministerio de Salud (N°7927) y la Ley N° 9213 con la cual se creó la Secretaría Técnica de Salud Mental. La Política Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de Costa Rica, establece lineamientos para la atención integral a personas con conductas de riesgo suicida, así mismo el Ministerio de Salud emitió el decreto ejecutivo N°37306-S el 22 de octubre del 2012, ordenando la notificación obligatoria

todos los “intentos de suicidio” por medio de la boleta codificada como V-01 de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), los cuales deben ser enviados a la oficina de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud.⁸

Esta alerta sobre los intentos de suicidio inició en el cantón de Talamanca, donde el aumento en el número de casos generó gran preocupación en el gobierno local y en la población; a raíz de este fenómeno se formó en el 2014 la primera “Comisión Local de Prevención de Suicidio”. El cantón de Talamanca está situado al sur-este de la provincia de Limón, fue en el 2014 uno de los cantones con mayor índice de suicidios y conductas de riesgo suicida; provocando de esta forma la intervención del Consejo de Niñez y Adolescencia que elaboró una propuesta a la problemática del suicidio; focalizada en brindar seguimiento a adolescentes entre 12 y 17 años que presentaron conductas de riesgo suicida intencionales; además de identificar factores precipitantes de la idea de muerte.⁹

Los factores protectores son los recursos personales, familiares o sociales que atenúan el riesgo de un suicidio. Se definen como factores precipitantes de la conducta suicida: el estrés, la disfunción familiar, los elementos socioculturales de la comunidad, las malas relaciones interpersonales, los pobres mecanismos de resiliencia, el bajo rendimiento académico, la presencia de distimia, los antecedentes de suicidio en la familia y el consumo de drogas por parte de los estudiantes.

Actualmente la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) cuenta con guías de atención para la detección de factores de riesgo suicida en adolescentes y son aplicadas en el primer nivel de atención a jóvenes a partir de los 10 años y hasta los 19 años y 11 meses.¹⁰

Por otra parte, el Ministerio de Salud de Costa Rica en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se han dedicado a capacitar a médicos y demás profesionales en el área de la salud a través del Programa para Reducir las Brechas en Salud mental (siglas en inglés: mhGAP), para identificar conductas de riesgo suicida y hacer un abordaje más adecuado con un fundamento científico.¹⁰

El 22 de octubre del 2012, coincidiendo con el Día Mundial de Prevención del Suicidio, el Ministerio de Salud implementó el decreto número 37306-S, gracias al cual Costa Rica se convirtió en uno de los pocos países de Latinoamérica en utilizar la estrategia de notificación obligatoria en los servicios de salud públicos y privados.¹⁰

En el año 2013 se implementó el Programa de Atención Integral de Adolescentes (PAIA), iniciativa que fue liderada por la CCSS, con la intención de llevarse a cabo en los 3 niveles de atención, dicha iniciativa cuenta con el apoyo del Ministerio de Educación Pública (MEP), del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), del Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), entre otros y está dirigida a jóvenes entre 10 y 19 años.¹¹

Consiste en una atención inicial brindada por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) con un enfoque intersectorial que incluye la ayuda de dichas instituciones para referenciar a los adolescentes, con el fin de abordar temas como la promoción de la salud integral, acceso a la salud y a la seguridad, salud social y reproductiva, además de la prevención y atención del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).¹¹

Entre los temas a los que el PAIA da prioridad se encuentran: la salud sexual y reproductiva, educación y prevención del embarazo e infecciones de transmisión sexual, prevención y tratamiento de la morbilidad prevalente, principalmente la salud mental, la cual enfrenta retos como educación y detección de adolescentes en riesgo psicosocial, búsqueda de alternativas de ayuda, prevención y atención de adicciones a sustancias psicoactivas, fortalecimiento de la ciudadanía y de padres de familia, atención de los adolescentes en condiciones de vulnerabilidad y abordaje de la masculinidad en la adolescencia.¹¹

El 25 de agosto del 2016 la Secretaría Técnica de Salud Mental del Ministerio de Salud promovió la Estrategia Nacional para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida en Costa Rica, con un enfoque hacia la Salud Pública en el quinquenio que va del año 2016 al 2021, con el fin de disminuir la incidencia del suicidio, mediante la integración interinstitucional de acciones dirigidas a la promoción, prevención atención, rehabilitación y reinserción psicosocial.¹²

En el año 2017 se implementó un plan para reforzar el abordaje de los trastornos mentales, de comportamiento, de la violencia y de las adicciones, con la apertura

de 15 Equipos Interdisciplinarios en Salud Mental (EISAM), estos grupos están constituidos por profesionales de ciencias de la salud y ciencias sociales: un trabajador social, un psicólogo, un enfermero con especialidad en salud mental, un médico general y un asistente técnico en atención primaria.¹³

Los EISAM se encuentran distribuidos en hospitales y clínicas ubicados en zonas consideradas de riesgo psicosocial, como Nicoya, Limón, San Carlos, Siquirres, Ciudad Neily, Quepos, Desamparados, Pérez Zeledón, entre otros.¹³

En el caso específico de la Región Atlántica costarricense, que limita al sur con la cordillera de Talamanca, al este con el mar Caribe, al norte con Nicaragua y al oeste con los ríos Chirripo y Colorado, el número de suicidios ha aumentado de forma importante en los últimos años, situación que generó la activación de diversas entidades como el Ministerio de Salud (MS), el Ministerio Cultura Juventud y Deportes (MCJD), la Universidad de Costa Rica (UCR), Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), el Ministerio de Educación Pública (MEP), la Cruz Roja Costarricense, Municipalidades, el Consejo de Niñez y Adolescencia (CNNA), el Instituto Local para el Abordaje del riesgo Suicida (ILAIS) y la CCSS, con el aporte interdisciplinario de profesionales en Psiquiatría, Psicología, Sociología, Trabajo Social, orientadores y docentes quienes conforman una comisión interinstitucional que realiza estudios epidemiológicos de casos de conducta suicida y diseña estrategias de prevención tomando en cuenta los factores de riesgo asociados a la conducta suicida.¹⁴

Gracias a estas organizaciones y al Hospital Nacional Psiquiátrico se creó en el 2006 el Programa Psicoterapéutico de Casas de Escucha, ubicadas en zonas de riesgo social como Limón, Talamanca, Pavas, Pérez Zeledón y Desamparados, que son establecimientos de salud que atienden a personas con edades entre los 7 y 17 años, con el fin de dar contención para problemas de depresión, suicidio, violencia, drogadicción, entre otros. Estos jóvenes pueden ser referidos por el MEP o los adolescentes pueden ir voluntariamente sin necesidad de solicitar cita previa. En estos recintos se refuerza el aprendizaje escolar, se realizan otras actividades como juegos, bailar, cantar y además comparten con especialistas de otras disciplinas, con el fin de ayudarlos a enfrentar sus problemas y orientarlos a mantenerse en el sistema educativo.¹⁴

La siguiente tabla muestra la incidencia de suicidios en jóvenes entre 10 y 20 años de edad entre 2012 y 2016, reportada por el Ministerio de Salud de Costa Rica.¹⁵

Tabla 1. Costa Rica. Incidencia de suicidios por año. Ministerio de Salud.2012-2016

Año	2012	2013	2014	2015	2016
Nº Casos	26	27	19	38	31

Fuente: elaboración propia con datos¹⁵.

En Costa Rica el grupo de edades entre los 10 y 19 años tiene las tasas más elevadas de intento de suicidio, principalmente en las mujeres.⁸⁷ Se registraron en el 2015, 541 casos de intento de suicidio en jóvenes entre los 10 y los 19 años, de los cuales 69,8% se trataron del sexo femenino, y el 30,2% el sexo masculino. El

32% del total de intentos de suicidio en el 2015, se dio en jóvenes entre los 10 y 19 años de edad.¹⁶

En el área de Limón en el año 2015, se registraron 215 casos de intento de suicidio, lo cual la ubicó como la segunda provincia de Costa Rica con más casos reportados de intentos de suicidio ocurridos ese año, por debajo de la provincia de San José con 430, lo cual significó para Limón un 15,3% del total de intentos de suicidio registrados en el país, el siguiente cuadro muestra los intentos de suicidio y su tasa de incidencia durante el año 2015.¹⁷

Cuadro 1. Número de casos registrados de intentos de suicidio y tasa de incidencia de intentos de suicidio en la Provincia de Limón, en el año 2015 (Tasa por 100.000 habitantes).

Provincia de Limón	215	49,59
Limón Centro	16	16,32
Pococí	107	78,44
Siquirres	18	28,74
Talamanca	35	89,78
Matina	20	45,93
Guacimo	19	37,75

Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica¹⁷

En el primer semestre del 2018 el Hospital Nacional de Niños registra 161 intentos de suicidio por adolescentes, de los cuales 125 eran mujeres y 36 hombres, que necesitaron acudir al servicio de emergencias por esta razón.¹⁷

1.1.2 Delimitación del problema

El estudio se realizó específicamente en el Centro Educativo María Inmaculada de Limón, ubicado en la provincia de Limón, cantón central, Barrio Los Cangrejos, la población general es de 255 estudiantes conformado por hombres y mujeres con edades entre los 12 y 17 años, se aplicó un cuestionario para detección de riesgo Suicida en Adolescentes a una muestra de 234 estudiantes como sujetos de estudio, la cual se distribuyó en un 55,2% de mujeres y un 44,8% los varones. La recolección de esta información se llevó a cabo durante octubre del 2018.

1.1.3 Justificación

En Costa Rica los intentos de autoeliminación y los factores de riesgo que predisponen a las conductas suicidas en adolescentes entre los 12 y 17 años son temas no muy bien conocidos dado el gran subregistro existente a nivel nacional e internacional.

Las estadísticas del Ministerio de Salud revelan un aumento en el número de casos reportados de adolescentes que cometen el acto suicida entre el 2012 y el 2016, sin embargo, existen pocos registros sobre la conducta autolesiva y los factores de riesgo que predisponen a dichas conductas en los adolescentes.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes que precipitan la conducta suicida en adolescentes entre los 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón?

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Exponer el riesgo suicida en adolescentes de 12 a 17 años matriculados en el Centro Educativo María Inmaculada de Limón.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar la población de estudio según edad, sexo, grado académico, distrito de residencia y tipo de familia.
2. Identificar los factores de riesgo suicida más importantes en la población de estudio, según sexo.
3. Relacionar los síntomas depresivos con la conducta suicida en adolescentes de 12 a 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón.

4. Conocer los métodos de autolesión más frecuentemente utilizados por los adolescentes que incurren en conductas autolesivas.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

El cuestionario aplicado a 234 estudiantes entre 12 y 17 años de edad del Centro Educativo María Inmaculada de Limón detectó una cantidad importante de jóvenes expuestos a factores de riesgo y con comportamiento autolesivo, algo que no se esperaba debido a la población en estudio proviene de uno de las mejores instituciones de la provincia a nivel educativo, que se fundamente en bases religiosas.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

- El Centro Educativo María Inmaculada de Limón es un centro educativo privado por lo que en este estudio no sería aplicable a los adolescentes que asisten a centros educativos públicos, dejando de lado algunos posibles elementos de riesgo de tipo socioeconómico
- La aplicación del cuestionario autoaplicado estuvo sujeta a un horario asignado por las autoridades del centro educativo; se contó únicamente con un lapso de cuatro horas durante el periodo de la mañana, lo cual dejaba por fuera a los estudiantes con un horario vespertino y sólo fue posible aplicar el cuestionario a los alumnos presentes en el momento en que se completó el cuestionario.

- Los resultados se basan en los cuestionarios autoaplicados a los adolescentes y no están apoyados en alguna entrevista o valoración de algún profesional entrenado en el tema del suicidio.
- Al ser un cuestionario autoaplicado existe la posibilidad de se haya dado alguna malinterpretación de las preguntas y un subregistro o sobregistro de alguno de los factores de riesgo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Desde tiempos antiguos ha existido el suicidio y estaba muy relacionado a creencias en torno a la vida y la muerte, actualmente la conducta autolesiva es cada vez más frecuente en el grupo de adolescentes entre los 12 y 17 años.

El suicidio se considera un acto consciente de aniquilación auto inducida, en personas vulnerables que perciben este acto como la mejor solución a sus problemas, este acto inicia con una conducta suicida que concluye con muerte, dicho de otra manera, suicidio consumado.

Existen varias teorías e investigaciones que hablan del suicidio y los factores que precipitan la conducta o gestos suicidas como factor de riesgo al suicidio

En las obras de Freud las conductas de riesgo suicida son un ejemplo de acting out que pueden darse por falta de contención en el vínculo familiar; va desde un pensamiento, falta de interés por la vida hasta, hasta planificar detalladamente el acto, en algunos casos se puede detectar factores a la ideación suicida y podrían ser detectables mediante un tamizaje o instrumento de evaluación del riesgo suicida, por esta razón se ha considerado la intervención mediante programas preventivos en cuanto a conductas de riesgo. ¹⁸

A nivel mundial la conducta de riesgo suicida en adolescentes ha aumentado de forma significativa, existen muchas más tentativas de suicidio, las cuales son el principal factor de riesgo para llegar al acto consumado. En el 2015, el suicidio se

ubicó como la segunda causa de muerte entre los 15 y los 29 años de edad y su mayor incidencia se dio en países de medianos y bajos recursos.

Ante la epidemia de casos de suicidio e intentos de suicidio en la población adolescente de la provincia de Limón; se realiza un análisis de algunas causas y factores de riesgo que inciden en el fenómeno y su impacto en la salud mental, así como su repercusión familiar y social.

Es importante investigar cuales son los factores de riesgo que predisponen a la conducta de riesgo suicida en adolescentes, siendo una etapa con condiciones especiales de protección donde el interés superior es favorecer el bienestar de la persona menor de 18 años que está en condiciones de vulnerabilidad para desarrollarse ante ambientes difíciles de manejar, que en el momento generara en ellos ansiedad, distimias y trastornos de adaptación, ideas recurrentes de atentar contra su vida o conductas autolesivas.

Algunos estudios relacionan la actividad autolesiva con procesos biológicos como alteraciones neuropsicológicas, déficit en las funciones ejecutivas además de factores psicológicos y psicosociales, se ha logrado identificar la existencia de manifestaciones previas perceptibles o visibles a esta conducta.

Se han encontrado antecedentes de suicidio previos en la familia asociados a trastornos depresivos, consumo de sustancias psicoactivas, pérdidas afectivas, acceso a armas, medicamentos, insecticidas organofosforados, violencia intrafamiliar, abuso sexual, disfunciones familiares, rasgos de personalidad narcisa o antisocial, trastornos de adaptación, eventos vitales estresantes, duelos y en

especial la falta de apoyo familiar, bullying o hostigamiento escolar, dinámica familiar difusa, problemas de autoconcepto.¹⁹

2.2 DEFINICIONES

Adolescencia temprana: Va de los 10 a los 13 años, se caracteriza por cambio de hábitos y patrón relacional de conducta. Cobra importancia singular el grupo de pares.

Adolescencia media: Entre los 14 y 17 años, se caracterizado por la intensidad de sentimientos y aumento de redes sociales con pares, distingue su rol dentro del grupo.

Adolescencia tardía: Comprende entre los 18 y 21 años y 11 meses, aumenta interés por sus padres y su familia, muestra tranquilidad por su imagen corporal, cobra importancia los valores de grupo y habilidades sociales, se interesa por la búsqueda de una relación sentimental.²⁰

Riesgo suicida: Es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida.

Suicidio: Es el acto de quitarse la vida de forma deliberada, intervienen también tanto los pensamientos suicidas como el acto suicida propiamente dicho. En el suicida prevalecen los actos fatales o suicidio consumado, los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio o suicidio no consumado; los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica.²¹

La conducta suicida: Conducta potencialmente lesiva y auto inflingida, en el que hay evidencia implícita o explícita de que la persona desea morir con alguna finalidad, o con algún grado de terminar con su vida, la conducta suicida se refiere a tres términos:

Autolesión o gesto suicida: La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte no intencionada.²²

Suicidio Consumado: Acto autolesivo, que tiene como resultado final la muerte.²³

Tentativa de suicida: Busca su propia muerte con el fin de obtener ganancias secundarias por lo que el sujeto es un intento que puede fallar por los medios blandos que emplea.²⁴

Ideación Suicida: Son pensamientos acerca de acabar con la propia vida, varían en función a la concreción de las ideas, son pensamientos momentáneos y obsesivos sobre la idea de suicidarse, puede presentarse de forma agudo o crónica, existen también planes acerca de cómo llevar a cabo el acto.²⁴

2.2.1 Grados de Intento Suicida²⁵

Existen diferentes grados conductas de riesgo o de intento de suicidio:

1. Grado uno; se habla de gesto suicida, en la cual no hay daño físico de gravedad.
2. Grado dos; cuando requiera de atención médica sin riesgo significativo para la vida.

3. Grado tres; cuando se trata de una conducta moderada o severa que compromete la vida y que requiera atención inmediata.
4. Grado cuatro; por lo general tiene intenciones de llevar a cabo el acto suicida.

Los adolescentes con conductas de riesgo suicida se encuentran en diversos grupos de estudiantes de educación secundaria, para universitarios de diferentes culturas y estatus económico, componentes biológicos, sociales y psicológicos, pero con la edad en común para ambos sexos.

Es importante valorar factores de riesgo tanto biológicos como de personalidad o psicosociales que representan un riesgo de conducta suicida. Los factores predisponentes son multifactoriales sumados a la existencia de trastornos propios del desarrollo individual y de personalidad para afrontar situaciones de la vida cotidiana o existencial.

2.2.2 Tipos de familia

Por otra parte, las familias han sufrido cambios estructurales se pueden señalar los siguientes tipos de familia²⁶:

Familia nuclear: Es la forma más común de vida familiar, compuesta por ambos padres, pero no necesariamente casados y sus hijos, residen por lo general de forma independiente.

Familia uniparental o monoparental: En la actualidad es la forma más común forma que más y se compone de un solo progenitor y uno o más hijos.

Familia extensa: Compuesta por dos o más familias nucleares y varios parientes en la misma casa, en los mismos patios o muy cerca uno del otro.

Familia mixta especial: La compone el padre, madre e hijos de ambos.

2.3 EPIDEMIOLOGÍA

La OMS²⁷ reporta aproximadamente 800.000 casos de suicidio por año, mayoritariamente entre los 15 a 29 años; ocurre con mayor frecuencia en varones sin distinción de etnia y clase social, religión o hábitos culturales. En el 2015, el suicidio se ubicó como la segunda causa de muerte en las personas con edades entre los 15 y los 29 años, con mayor incidencia en países de medianos y bajos recursos. En promedio se producen de 15 a 20 intentos de suicidio por cada suicidio consumado, en mujeres la cifra es 2 a 3 veces mayor; sólo el 5-10% de los intentos de suicidio logran consumarse.

La OPS²⁸ registra que de cada muerte por suicidio, entre diez y veinte personas cometen un intento y vuelven a intentarlo en el lapso de un año después del primer intento, logrando consumarse en el 10% de los casos.

En Estados Unidos, es la tercera causa de muerte entre los 10-19 años, siendo los mecanismos más frecuentes: arma de fuego (49%), ahorcadura (38%) y envenenamiento; la cifra es 4 veces más alta en hombres que en mujeres.²⁹

En Costa Rica la tasa de mortalidad por suicidio en el 2016 fue de 7.1 por cada 100.000 habitantes, siendo el segundo país en centroamerica con la tasa de

suicidios más alta, es de predominio en el sexo masculino que representa el 84,7% de los casos de suicidio en el país, en la provincia de Limón la tasa de suicidio es de 4.6 por cada 100.000 habitantes. Entre las razones más frecuentes se presentaron los conflictos pasionales, familiares y problemas económicos.^{30,31,32,33}

Según un censo realizado por la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños entre 2007 y 2011 se registraron 149 casos de suicidio en jóvenes entre los 10 y 19 años.³¹

En los años 2015 y 2016 se presentaron 318 y 102 casos de suicidio respectivamente, de los jóvenes entre los 13 y 19 años se dieron 35 casos en el 2015 y 29 en 2016, y hasta julio del año 2017 se registraron 13 casos en este grupo etario. La edad de mayor incidencia de suicidios es de 17 años de edad, ubicándose como la tercera causa de muerte en adolescentes.³⁰

La OMS³⁴ afirma también que por cada suicidio consumado las tentativas de suicidio son 20 veces más altas, la revista médica *Intramed*³⁵ publicó en un informe hecho en el 2017 que por cada suicidio se estiman entre 100 y 200 intentos de suicidio, ambos en jóvenes entre los 15 y 24 años.

En Costa Rica el grupo de edades entre los 10 y 19 años tiene las tasas más elevadas de intento de suicidio, principalmente en las mujeres. Se registraron en el 2015, 541 casos de intento de suicidio en jóvenes entre los 10 y los 19 años, de los cuales 69,8% se trataron del sexo femenino, y el 30,2% el sexo masculino. El 32%

del total de intentos de suicidio en el 2015, se dio en jóvenes entre los 10 y 19 años de edad.³⁶

En el área de Limón en el año 2015, se registraron 215 casos de intento de suicidio, lo cual lo ubico en ese mismo año como la segunda provincia de Costa Rica con más casos reportados de intentos de suicidio por debajo de la provincia de San José con 430, lo cual significo para Limón un 15,3% del total de intentos de suicidio registrados en el país.

2.4 NOMENCLATURA

El suicidio o los actos suicidas no son catalogados como una enfermedad en sí, pero en las clasificaciones diagnósticas utilizadas en la actualidad han sido anotadas con los siguientes códigos X60 - X84 según el CIE 10.³⁸

Ahora bien, el principal factor de riesgo de suicidio es la depresión, por lo que es imprescindible que definamos bien lo que es un episodio depresivo y sus variantes clínicas que son episodio depresivo leve, moderado, grave y trastorno depresivo mayor.

A continuación se detallarán los criterios diagnósticos según las clasificaciones del CIE-10 y DSM-V y los principales cuadros clínicos involucrados en el fenómeno del suicidio.

2.4.1 Criterios diagnóstico de un episodio depresivo

Los criterios diagnóstico más utilizados tanto en la clínica como para la investigación son los del CIE 10 y del DSM V.

En la tabla número 2 se muestran los criterios de diagnóstico para un cuadro depresivo según el CIE 10.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según la CIE 10.

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: Alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none">• Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras• Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta• Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual• Empeoramiento matutino del humor depresivo• Presencia de enlentecimiento motor o agitación• Pérdida marcada del apetito• Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes• Notable disminución del interés sexual

Fuente: ³⁹

En la tabla número 3 se muestran los criterios que se deben tomar en cuenta a la hora de estadificar un episodio depresivo.

Tabla 3. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE 10.

<p>A. Criterios generales para episodio depresivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. - El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
<p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <p>Tristeza o irritabilidad: El estado irritable puede mostrarse como paso al acto”, comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles. En adolescentes mayores el trastorno de ánimo puede ser similar a los adultos. La pérdida de interés en el juego o en las actividades escolares. La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga.</p>
<p>C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad. • Indicios no verbales de conducta suicida, incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y “gestos” autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc.). • Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar. • Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento hiperactivo. • Alteraciones del sueño de cualquier tipo. • Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso. • Puede haber o no síndrome somático.
<p>Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.</p> <p>Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.</p> <p>Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.</p>

Fuente: ³⁹

En niños y adolescentes los cuadros depresivos tienden a ser un poco más variados con respecto a los adultos, la irritabilidad y la conducta desafiante predominan en esas edades. Los síntomas clínicos principales en la depresión infanto juvenil son los siguientes: ³⁹

- Síntomas parecidos a la edad puberal
- Conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y sustancias
- Irritabilidad, mal humor, intentos de fuga, descuido del aseo personal
- Asilamiento social, anhedonia, y cogniciones típicas (autorreproches)
- Pensamientos de suicidio, trastorno depresivo, trastorno por déficit de la atención
- Trastorno de conducta alimentaria, ansiedad.

Como se observa en la tabla número 4, estos son los criterios diagnósticos para un episodio depresivo mayor según el DSM V

Tabla 4. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo mayor. DSM V. 2016

<p>A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o

<p>disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada).</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Insomnio o hipersomnía casi todos los días. 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido). 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena). 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.
C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.
D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos
E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía.

Fuente: ³⁹

2.5 ETIOLOGÍA

La conducta suicida se da como resultado de la intervención de varios factores, el principal de ellos es la depresión. Los antecedentes de intento de autoeliminación constituyen también un factor de riesgo elevado. El suicidio como tal suele darse de forma más frecuente cuando la angustia severa se adiciona a un trastorno depresivo o al trastorno bipolar, la incidencia de suicidio es más alta en personas que padecen de trastornos mentales.

La conducta suicida está asociada a disfunción del sistema serotoninérgico central, se han encontrado bajos niveles de serotonina y su metabolito principal, el ácido 5-hidroxi-indol-acético (5-HIAA) en Líquido Cefalorraquídeo (LCR) de pacientes que han cometido intentos violentos de suicidio o que han llegado a consumarlo. Existe una estrecha relación entre la disminución de los niveles de serotonina y el déficit en el control de impulsos, lo que apoyaría la hipótesis de un nivel bajo de serotonina en personas que tienen comportamiento impulsivo y autolesivo.⁴⁰

No se ha logrado aún documentar que la alteración en los niveles de dopamina y noradrenalina tengan influencia alguna en la conducta suicida, sin embargo, la disminución de 5-HIAA sumada al déficit de Ácido Homovalínico (HVA) parece ser un indicador biológico de comportamiento suicida.⁴⁰

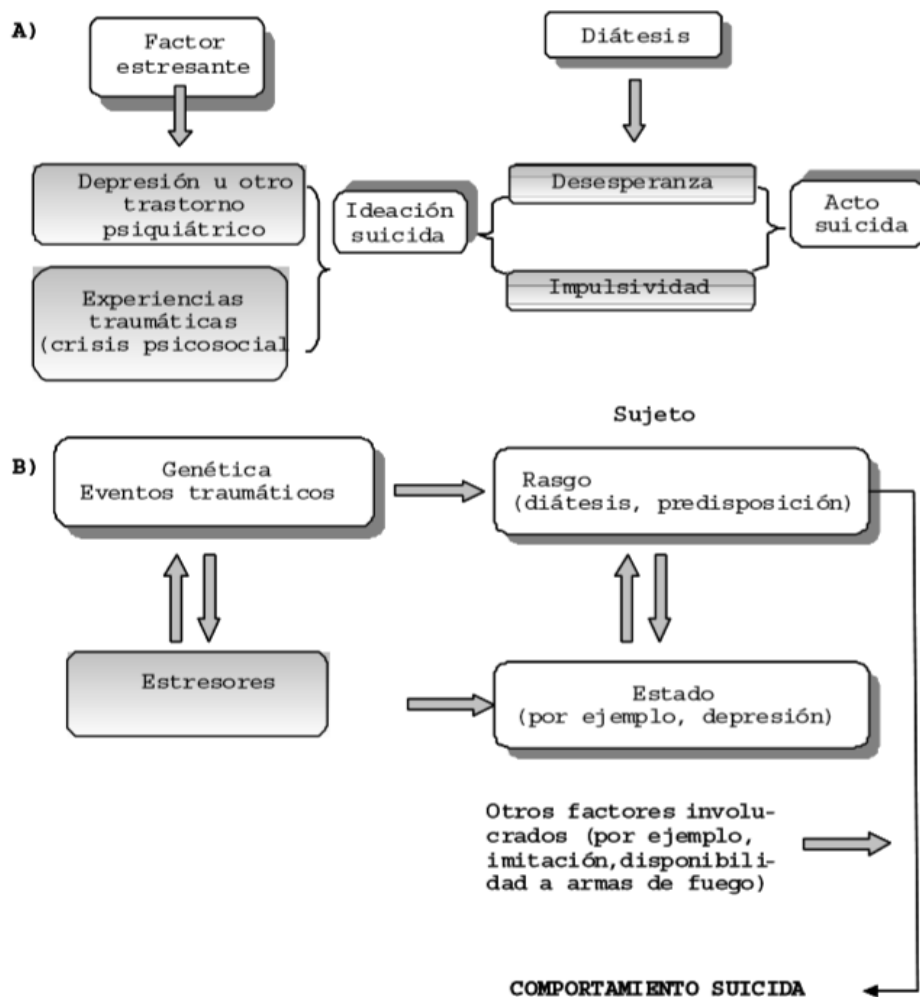
Se ha demostrado en estudios post mortem que ha habido disminución en la densidad de receptores serotoninérgicos y de transportadores de serotonina en la corteza prefrontal, la cual está relacionada con el planeamiento de metas, creación de objetivos y control de impulsos.

Por lo tanto, se puede decir que los factores biológicos relevantes son aquellos que tienen como resultado la disminución de la actividad serotoninérgica, que es el neurotransmisor que más influye en el trastorno depresivo.

La disminución de serotonina genera una respuesta impulsiva al estrés, en este sentido es un factor predisponente a la conducta de riesgo.

En la figura número 3 se explica la influencia de los factores estresores sobre el comportamiento suicida.

Figura 1. Dos aproximaciones al entendimiento del fenómeno del suicidio. A) Modelo de estrés-diátesis del comportamiento suicida. B) Modelo del suicidio como proceso.



Fuente: 41

2.6 FACTORES DE RIESGO

El suicidio ocurre con mayor frecuencia cuando la persona está expuesta a distintos factores o elementos de riesgo, algunos de estos elementos que elevan el riesgo de suicidio son la desesperanza, las relaciones interpersonales conflictivas, haber sufrido algún tipo de abuso y el poco conocimiento que se tiene con respecto a las fuentes de apoyo.⁴²

En la tabla número 5 se hace alusión a los distintos factores de riesgo de suicidio, según sean individuales, en el ámbito de la relaciones, comunitarios y otros; que influyen en la conducta suicida.

Tabla 5. Factores de riesgo suicida según la OMS.

INDIVIDUAL	Intento de suicidio previo
	Trastornos mentales
	Uso abusivo de alcohol u otras sustancias
	Pérdida financiera o de trabajo
	Desesperanza
	Dolor crónico y enfermedad
	Historia familiar de suicidio
	Factores genéticos y biológicos
RELACIONES HUMANAS	Sentimiento de soledad y falta de apoyo social
	Relaciones conflictivas, rupturas o pérdida
COMUNIDAD	Desastres, guerra y conflictos
	Aculturación y cambio
	Discriminación
	Trauma de abuso
SOCIEDAD	Acceso a armas
	Inapropiada comunicación de los medios
	Estigma asociado con buscar ayuda
SISTEMA DE SALUD	Barreras para acceder a atención de salud

Fuente: ⁴²

Los factores de riesgo de suicidio más relevantes y que inciden en la conducta del adolescente son los siguientes:

- Familias con historia de ambiente caótico (inestabilidad, desorganización), con debilidades para ejercer supervisión autoridad y control sobre los hijos adolescentes.
- Comunicación disfuncional e historia de violencia Intrafamiliar.
- Padres inaccesibles y distantes física o emocionalmente, con historia de psicopatología. Familiares o padres con problemas de abuso de drogas, con historia de conductas criminales.⁴³

2.6.1 Factores biológicos

A nivel biológico las conductas suicidas están fuertemente vinculadas con la disminución en la actividad serotoninérgica en LCR (Líquido cefalorraquídeo), a nivel de hipocampo, la poca densidad de neuronas también influye en el comportamiento autolesivo.

Factores genéticos: Los factores genéticos pueden contribuir a la conducta suicida, los adolescentes con familiares que presentan trastornos emocionales presentan más riesgo con la presencia de factores estresores y por lo general su respuesta es impulsiva y violenta, esto por la sobre regulación de los receptores de serotonina en el cerebro, que es la responsable de la inhibición de la conducta violenta e impulsiva. Aquí se encuentra disminuido en el LCR el HVA (Ácido Homovalínico) que es un metabolito de Dopamina, por lo que se dan cambios en el

metabolismo de la serotonina, todo esto provoca disminución en la actividad serotoninérgica y por lo tanto aumento en la impulsividad y en la conducta violenta.⁴⁴

Factores bioquímicos: Los bajos niveles de serotonina y su metabolito 5-HIAA (Ácido Hidroxiindolacético) se relacionan con el comportamiento violento e impulsivo y predicen también comportamiento suicida, los niveles séricos altos de colesterol contribuyen a los bajos niveles de serotonina y también se asocian al comportamiento suicida, principalmente en varones. Por otro lado, los niveles elevados de glutamato en LCR se asocian con ideación suicida.⁴⁵

Factores neurobiológicos: Estudios postmortem han demostrado en diferentes tipos de células (neuronas y células gliales como astrocitos y oligodendrocitos) a nivel cortical y subcortical, las personas con síntomas de depresión sin tratamiento que cometieron suicidio muestran menos densidad de neuronas maduras a nivel del hipocampo, específicamente en el giro dentado, en comparación con las que recibieron tratamiento con Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina (ISRS), además el giro dentado muestra un tamaño y angiogénesis menor en las personas sin tratamiento, aunado a esto, podemos encontrar un déficit de noradrenalina a nivel del locus cerúleo.⁴⁶

En resumen, se produce una disminución en la densidad de receptores serotoninérgicos y transportadores de serotonina en la corteza pre frontal, la cual está relacionada con el planeamiento de metas, creación de objetivos y control de impulsos.

2.6.2 Factores familiares

La familia es el ambiente adecuado para que los miembros que la conforman adquieran las habilidades individuales y sociales necesarias para su integración personal y social, los vínculos interpersonales, el afecto se recibe primeramente por parte de la familia, por esta razón es de tomar en consideración cuando se han copiado conductas negativas.

La familia es un núcleo social y el primer sistema de formación del individuo que influye, de manera particular, en las interrelaciones con las otras estructuras sociales que conforman la sociedad (la comunidad, la iglesia, la escuela entre otras), ya que se transforma constantemente, dadas sus características internas de variabilidad y adaptabilidad, así como por las condiciones socioculturales (económicas, educativas, geográficas, lingüísticas, entre otras) en que se encuentran inmersas.

Los antecedentes de suicidio en la familia aumentan el riesgo de conducta suicida, predominantemente en el sexo femenino y en familiares de primera línea. La mala relación con los padres de familia está asociada con el incremento en la prevalencia de la conducta suicida en los jóvenes. Cuando existen antecedentes psicopatológicos en la línea de los padres, es frecuente encontrar antecedentes de trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias nocivas, lo cuales son factores de vulnerabilidad que impactan directamente en el desarrollo de niñez y adolescencia.⁴⁷

2.6.3 Factores psicosociales

Los factores sociales resultan ser importantes en este grupo de población, desde hace muchos años se ha estudiado la influencia de los amigos en la conducta suicida del adolescente. Existe también una posible relación entre intentos suicidas con los suicidios consumados por amigos.

Las conductas de riesgo en este grupo etario pueden ser inherentes a estados depresivos asociados la falta de recursos protectores, la pobre capacidad para ser resiliente, entendiendo la resiliencia como la capacidad de adaptarse a situaciones de la vida diaria.

El bajo nivel socioeconómico, la historia de maltrato físico o abuso sexual también son factores que influyen en la conducta autiagresiva. El pobre rendimiento académico y la baja asistencia escolar influyen también en la ideación y comportamiento suicida.⁴⁸

El bullying u hostigamiento escolar puede manifestarse de diferentes maneras: cyberbullying, violencia física, psicológica, verbal o sexual y destrucción o arrebato de materiales escolares. El estudiante violentado que se encuentra en la posición de la víctima puede tener características diferentes al resto de los compañeros (color de piel, peso, cabello, nacionalidad, preferencia sexual, entre otros) que son utilizadas por el o los victimarios para aprovecharse de la víctima. Los estudiantes afectados pueden sufrir afectación de su salud física como trastornos del sueño, alimentación, problemas digestivos, cefalea, fatiga, etc. Los acosos escolares

también pueden conllevar a consecuencias psicológicas como ansiedad, soledad, inseguridad, sensación de abandono, pueden llegar a autoinfligirse algún daño o conductas de riesgo suicida.⁴⁹

En Costa Rica ha aumentado la morbilidad en adolescentes, ya que no se logrado una mejora en los factores de resiliencia y de contención; según un informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), Costa Rica se posiciona como el segundo país de Latino América con el índice más alto de jóvenes que sufren bullying, con un 10,9% de los alumnos que refirieron haberlo sufrido. El cual como ya se ha mencionado, implica un factor de riesgo importante en cuanto a conducta suicida se refiere.⁵⁰

Se ha constatado que los niños y adolescentes victimas del bullying presentan problemas de adaptación, dificultades sociales, problemas de salud física e ideación suicida.⁵¹

2.6.4 Factores Psicológicos

Las variables psicológicas que podemos asociar a este tipo de conductas autolesivas son: la depresión, la conducta impulsiva, la dificultad para la resolución de problemas, el pensamiento dicotómico, rigidez cognitiva, desesperanza, sobre generalización en el recuerdo autobiográfico. Además, existen también aspectos propios de la personalidad que influyen, como la agresividad, impulsividad, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad.⁵²

La depresión y la desesperanza son los factores que más influyen en la conducta de riesgo suicida. Cuando los adolescentes cuentan con factores protectores se ve favorecido el desarrollo social con sus pares, familia y entorno para la adaptación a cambios resilientes. Entre más satisfactorias son las experiencias se da un mejor dominio sobre las crisis emocionales, que con mucha frecuencia terminan en conductas de riesgo suicida, los factores de resiliencia constituyen la forma en que el adolescente ha aprendido a reaccionar para tener un equilibrio emocional ante los conflictos.⁵³

Conducta impulsiva

La conducta impulsiva o dificultad para auto controlarse es un comportamiento de riesgo en la población adolescentes. Los trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta, incluyen problemas en la regulación del comportamiento y emociones, se traducen en conductas violentas y conllevan a conflictos con otras personas. Algunos de los desencadenantes pueden ser situaciones estrés, consumo de sustancias, problemas socioafectivos o antecedentes familiares de conducta impulsiva.⁵⁴

“Acting Out”

Hace referencia a los actos impulsivos, violentos, agresivos, delictivos (crimen, suicidio, atentado sexual, etc.), relativamente aislables a la conducta cotidiana del sujeto, en los cuales pasa de una representación, de una tendencia, al acto propiamente dicho, a menudo estas conductas adoptan una forma de auto-heteroagresión.⁵⁵

Se utiliza una situación como una oportunidad de descarga, esta situación se encuentra de algún modo vinculada a un conflicto reprimido.⁵⁶

Depresión

Se utiliza popularmente este término para describir un estado de ánimo bajo o desánimo a consecuencia de diversas situaciones, decepciones o pérdidas, no obstante, el estado de ánimo bajo no es sinónimo de depresión. El desánimo a diferencia se caracteriza por oleadas de depresión intermitentes con episodios de emoción positiva y humor, suele durar semanas o meses y los pensamientos suicidas son menos probables, estos estados de ánimo bajo se llaman más apropiadamente desmoralización o tristeza.⁵⁷

El trastorno depresivo en adolescentes abarca el trastorno depresivo mayor y el persistente o distimia.

Trastorno depresivo mayor: Dura más de 2 semanas durante la mayor parte del día, afecta al 5% de los adolescentes, tiene un alto riesgo de recurrencia en episodios graves, los síntomas más frecuentes son: tristeza o irritabilidad, agitación o retardo psicomotor, disminución o aumento de apetito, anhedonia (pérdida de interés o placer), cansancio, desconcentración, sentimientos de inutilidad e ideación suicida.⁵⁷

Distimia: Es el estado de ánimo deprimido o irritable, dura casi todo el día por más de 1 año, se caracteriza por apetito aumentado o disminuido, insomnio o

hiperinsomnia, fatiga, baja autoestima, disminución en la concentración y desesperanza.⁵⁸

Depresión y riesgo de suicidio: El riesgo de suicidio puede llegar a ser cuatro veces mayor en personas con depresión y hasta 20 veces más en depresión grave.⁵⁸

La combinación entre la depresión y diversos factores estresores puede crear un abanico que va desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado.

El desarrollo afectivo: Puede entenderse como el camino a través del cual las personas establecen sus afectos y vínculos interpersonales, siendo un proceso continuo de patrón cambiante que se desarrolla para generar respuestas normales y adaptativas ante las amenazas del mundo exterior, estos vínculos son fundamentales para la supervivencia; el afecto, cariño, amor, amistad hacia las demás personas son parte del proceso evolutivo y una cualidad del ser humano.⁵⁹

El afecto familiar que se construye de forma integral el intercambio y recepción información. Las relaciones afectivas ayudan además al desarrollo de rasgos de personalidad, estos rasgos se construyen a partir de la incorporación de lo concreto y lo abstracto, mediante la utilización de imágenes y palabras, de donde se construye el propio lenguaje. Este lenguaje produce nuevos contactos en el entorno inmediato, en este sentido el adolescente aprenderá a adaptarse o no frente a situaciones vivenciales.⁶⁰

Ideación Suicida

Consiste en cogniciones acerca de acabar con la vida, la gravedad de la ideación puede ir de breves a exhaustivos pensamientos, con una planeación detallada, representaciones e intentos sin éxito. Pueden realizarse deliberadamente con el fin de no ser concretados o ser descubiertos, pero la persona sobrevive.⁶¹

Cuando una persona presenta ideación suicida es importante evaluar los factores sociodemográficos, si hay trastornos mentales asociados, si han existido intentos previos de suicidio, los antecedentes familiares de conducta suicida y de otros trastornos mentales. Si la persona presenta ideación y/o una planificación suicida, entonces será necesario valorar el nivel de riesgo al que se encuentra expuesto y la persistencia de la conducta suicida.

2.7 FACTORES PROTECTORES

Las buenas relaciones interpersonales con familia, amigos y relaciones de pareja en las que puedan tener la posibilidad de ser escuchados y escuchar, establecen directrices claras orientadas al respeto a sí mismos, a los demás y al autocontrol.

La buena comunicación con miembros de la familia, el apoyo familiar y el sentirse comprendido se ha asociado con una menor prevalencia de ideaciones e intentos suicidas en adolescentes. Debe prevalecer el respeto para guiar el desarrollo integral de los miembros del grupo familiar.⁶²

Las buenas habilidades sociales y el aprender a buscar ayuda cuando surgen dificultades fomentan la confianza en sí mismo, lo cual genera una mejor receptividad hacia las experiencias tanto positivas como negativas.

La integración social con participación en actividades religiosas y comunitarias también han mostrado ser de suma importancia como técnicas de resiliencia. Los adolescentes que realicen actividades físicas o están en grupos culturales como, por ejemplo, la música, fútbol, dibujo, grupos de estudio y entre otros.⁶³

2.7.1 Recursos comunales inmediatos a disposición de los adolescentes de Limón

Los recursos comunales son factores protectores, que tienen como propósito integrar al adolescente a diversas actividades que pueda realizar libremente su tiempo libre, que además de integrarlo permite la socialización y la vinculación con pares, lo cual evita la aparición de patologías sociales y reduce el riesgo social.

Limón se encuentra ubicado en una de las provincias más pobres del país, esto pone en desventaja a los adolescentes, quienes no cuentan con una variedad de opciones como recurso comunal inmediato. Sin embargo, el MEP cuenta con un colegio Deportivo donde los alumnos asisten a clases regulares con mayor carga académica en actividades deportivas, además se cuenta con un Protocolo para el Abordaje de Situaciones de Bullying para lograr dar una adecuada atención a los adolescentes que se encuentran en estas circunstancias.⁶⁴

El EISAM es también una alternativa de atención en salud mental donde los adolescentes son atendidos sin necesidad de una cita para recibir atención psicológica.

La red interinstitucional de prevención de suicidio logró proveer la construcción de una casita de escucha, ubicada en Barrio Cristóbal Colon, para la atención psicosocial de los adolescentes.

Las Casitas de Escucha tienen objetivos claros con abordaje preventivo en tres ejes principales:⁶⁵

Eje Educativo: los adolescentes permanecen en el sistema educativo para lograr mayor inclusión social de adolescentes que residen en poblaciones vulnerables, se refuerzan contenidos escolares mediante tutorías.

Eje Creativo: se promueven espacios de creación artística mediante talleres lúdicos lo cual favorece la resiliencia, imaginación y elaboración de alternativas para comunicar y expresar situaciones del diario vivir.

Eje Clínico: los profesionales brindan acompañamiento clínico, se les brinda sesiones grupales familiares e individual, elaborar el sufrimiento mediante la construcción de alternativas no autodestructivas, promoción de estilos de vida saludable y autocuidado.

La asistencia a estas casitas promueve buenas relaciones interpersonales, sobre todo con amigos y relaciones de pareja donde tiene la posibilidad de ser escuchados

y escuchar, estableciendo así directrices claras orientadas al respeto a sí mismos, al de los demás y al autocontrol.

Las iglesias son recursos comunales de participación social, que por lo general cuentan con grupos de jóvenes que realizan actividades religiosas y comunitarias mostrando ser de suma importancia como técnicas de resiliencia.⁶⁶

La Casa Cultural de Limón donde el adolescente puede realizar actividades como pintura y juego de dominó. Cuenta con canchas comunales que sirven para la recreación, en su mayoría abandonadas.

2.7.2 Factores de resiliencia como recurso Interno

La resiliencia ha sido definida como el proceso dinámico duradero con capacidad de adaptarse de forma exitosa a las circunstancias amenazantes de la vida, protegiendo la propia identidad del sujeto y construyendo un estilo de vida que favorezca. El ejemplo más dramático de resiliencia es el de Ana Frank, cuyo diario ha sido inspiración para millones de personas después de su muerte en el genocidio nazi en Europa en la guerra de 1944.⁶⁷

El concepto de factores protectores se han centrado en definir los recursos personales y sociales que favorecen el desarrollo del adolescente con el fin de disminuir en riesgo psicosocial. La resiliencia se trata de la capacidad interna para enfrentar situaciones estresantes, tiene que ver con el crecimiento y desarrollo de la personalidad desde que se es niño.⁶⁸

Los niños con padres separados y que mantienen una buena relación es un factor protector para los niños que ayuda a fomentar la resiliencia, el estudio logró evidenciar que se benefician más separados que estando en medio de un ambiente de violencia y de disputas frecuentemente.

Los niños expuestos a factores de riesgo importantes, como pobreza, poca alfabetización de sus padres y anomalías congénitas, han sido capaces de ser adolescentes autónomos, con buena capacidad para socializar y con proyectos de vida.

Mantener buenas redes de apoyo con padres y demás parientes, amigos y vecinos, un sistema educativo positivo con normas y valores claros favorecen la comunicación con iguales, empatía, capacidad de controlar impulsos y auto concepto.⁶⁹

El concepto de resiliencia surgió de la observación de niños que provienen de hogares y ambientes con carencias socioeconómicas, familias disfuncionales y sin embargo han logrado adaptarse ante la adversidad.⁷⁰

Los cinco ámbitos interrelacionados que permiten promover la resiliencia son los siguientes:⁷¹

1. Redes de apoyo social que incorpore de manera incondicional al niño como persona por sus logros personales.
2. Capacidad para averiguar el significado de la vida, en estrecha relación con la vida espiritual y la fe religiosa, especialmente durante la adolescencia.

3. Desarrollo de aptitudes y sentimientos de tener algún tipo de control sobre la propia vida, por su relación con las demás personas y capacidad para enfrentar situaciones.
4. Autoestima: Por la actitud constructiva y aceptar su cualidades y limitaciones.
5. Sentido del humor: Que el adolescente logre tomar distancia y poder ser empático.

2.8 ABORDAJE Y TRATAMIENTO EN ADOLESCENTES CON RIESGO SUICIDA

Es importante abordar la conducta suicida de forma integral, involucrando aspectos farmacológicos, psicoterapéuticos y psicosociales.

2.8.1 Tratamiento farmacológico⁷²

En los pacientes adolescentes con depresión e ideación suicida es recomendado el tratamiento farmacológico en combinación con terapia cognitivo conductual.

Antidepresivos: En pacientes adolescentes con trastorno depresivo mayor e ideación suicida, se disminuye considerablemente el riesgo de conducta suicida al utilizar Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina(ISRS) en combinación con terapia cognitiva conductual.

Ansiolíticos: Es recomendado su uso junto con antidepresivos en pacientes que además de trastorno depresivo e ideación suicida presenten ansiedad o agitación.

Litio: Además su uso como moduladores del ánimo, tiene efecto antidepresivo y reducen aproximadamente 5 veces el riesgo de suicidio. Esta acción se debe al efecto que tiene sobre la agresividad e impulsividad, deben ser retirados de forma gradual.

2.8.2 Psicoterapia⁷²

Las intervenciones psicoterapéuticas juegan un papel importante en la atención del paciente en riesgo autolesivo, es fundamental contar también con un vínculo sólido entre profesional tratante y paciente, además es sustancial en la prevención de recaídas y adherencia al tratamiento.

Terapia Cognitivo Conductual: Enfocada a la vinculación del pensamiento y la conducta, el objetivo es que el paciente aprenda a tener un comportamiento más constructivo y pensamientos más adaptativos frente a las adversidades. Se aplica ante la presencia de pensamientos distorsionados y de suicidio, dificultad para resolver problemas emocionales.

Orientación Psicoanalítica: Actúa mediante la interpretación de situaciones del pasado y conflictos no resueltos en la infancia que se manifiestan de forma sintomática en el paciente, para poder abordar motivaciones conscientes e inconscientes con el fin de generar auto aceptación

Terapia electro-convulsiva (TEC): Se realiza mediante la inducción de una crisis convulsiva tónico clónica a través de una descarga eléctrica regulada de las áreas cerebrales asociadas a la conducta y control de impulsos. Se indicada en pacientes

con depresión mayor grave y persistente, que presenten conductas que ponen en peligro la vida.

Existen algunas recomendaciones acerca de la actitud que se debe tomar una vez que se identifica una persona con ideación suicida, estas recomendaciones se anotan en la tabla número 6.

Tabla 6. Recomendaciones de actuación ante una situación de ideación suicida. Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento del Suicidio. 2012

¿Qué hacer?	¿Qué no hacer?
Escuchar, mostrar empatía y mantener la calma.	Ignorar la situación.
Mostrar apoyo y preocupación.	Mostrarse consternado.
Tomar en serio la situación y evaluar el grado de riesgo.	Decir que todo estará bien.
Preguntar acerca de los intentos previos.	Retar a la persona a seguir adelante.
Explorar posibilidades diferentes al suicidio.	Hacer parecer el problema como algo trivial.
Preguntar acerca del plan de suicidio.	Dar falsas garantías.
Ganar tiempo, pactar un “contrato de no suicidio”.	Jurar guardar secreto.
Identificar otros apoyos.	Dejar a la persona sola.
Restringir el acceso a medios letales.	
Comunicación entre profesionales.	
Si el riesgo es alto, permanecer con la persona.	

Fuente: ⁷³

En el primer nivel de atención, las acciones a tomar por el médico tratante para asegurar el adecuado abordaje del paciente son las que se detallan en la tabla número 7.

Tabla 7. Recomendaciones de actuación en el primer nivel de atención ante una situación de ideación suicida.

Riesgo	Acciones
Bajo (presencia de ideación suicida, sin planificación)	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer apoyo - Trabajar la comunicación de sentimientos e ideación suicida - Centrarse en los aspectos positivos de la persona y hablar sobre las habilidades de resolución de problemas llevados a cabo en el pasado - Derivación a salud mental - Seguimiento regular
Medio (ideación y planificación suicida, pero no inmediata)	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer apoyo, trabajar la comunicación de ideación y planificación suicida y centrarse en los aspectos positivos de las habilidades de solución de problemas de la persona - Explorar alternativas al suicidio - Pactar un contrato “no suicidio” (conseguir que la persona prometa no llevar a cabo el suicidio): <ul style="list-style-type: none"> • Sin contactar previamente con personal sanitario • Por un período específico de tiempo - Derivación a salud mental - Contactar con la familia y allegados
Alto (plan definido e inmediato y medios para llevarlo a cabo)	<ul style="list-style-type: none"> - Acompañamiento - Hable tranquilamente con la persona y aleje los medios de suicidio - Haga un contrato de “no suicidio” - Derivación inmediata del paciente a un centro sanitario

Fuente: ⁷³

2.9 PREVENCIÓN

Es claro que los factores de riesgo suicida pueden darse en diferentes estratos (Individual, familiar, compañeros, escuela y comunidad) y por diferentes circunstancias que van a depender de los factores protectores con vínculos fuertes entre padres e hijos que se instalan durante el proceso de desarrollo de niñez y adolescencia.

En cada etapa de la vida del ser humano ocurren eventos que marcan la vida y son de resiliencia para prevenir los riesgos mediante el desarrollo de conductas positivas, protectoras, de lo contrario pueden precipitar conductas negativas o desadaptación desde los años preescolares y escolares, por eso es que los estudios hablan de la intervención temprana para fortalecer factores que inciden en las conductas de riesgo suicida.⁷⁴

El apoyo familiar es el recurso por excelencia, sentirse amado en el núcleo familiar se ha asociado con una menor prevalencia de ideaciones e intentos suicidas en adolescentes.

La OMS⁷⁵ ha realizado una serie de recomendaciones para optimizar la atención a los pacientes en riesgo de suicidio, entre ellas se encuentran la implementación de programas específicos para los grupos que se encuentran en riesgo, una mejor capacitación de los profesionales en salud mental para la identificación y abordaje de los pacientes que en riesgo suicida e incluir a los medios de comunicación como parte de la educación y prevención del suicidio.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque de la investigación es cuantitativo ya que se fundamenta en aspectos observables que son susceptibles de cuantificar y posee una base numérica que conlleva un análisis estadístico a través del cual se obtendrán las variables aproximadas que logren reflejar de manera más objetiva la realidad del contexto en estudio.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de tipo descriptiva porque consistirá en describir los fenómenos más relevantes de la población en estudio.

3.3.1 UNIDAD DE ANÁLISIS U OBJETO DE ESTUDIO

Se aplicará un instrumento de recolección de datos a estudiantes del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, con edades comprendidas entre los 12 y 17 años, de ambos sexos, que cursen algún nivel educativo entre 7° y 12° año, durante el mes de octubre 2018.

3.3.2 Muestra

El muestreo que se utilizará es el irrestricto aleatorio (MIA) y el tamaño de la muestra se calculará teniendo en cuenta un nivel de confianza del 99%, con un error del 5% y con una varianza máxima.

Se aplicará la teoría de muestreo para la estimación de una proporción y como estimador de la varianza se utilizará la varianza máxima, donde $P = 0,5$

Se aplicará el instrumento de detección de riesgo suicida a estudiantes entre 12 y 17 años, a 234 estudiantes, de un total de 255, quienes serán los objetos de estudio, lo cual constituye un 91,7% de la población total de la institución, por lo cual no es necesario realizar prorratio.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyen:

- Estudiantes matriculados en el Centro Educativo María Inmaculada de Limón.
- Adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 17 años que estudien en dicho centro educativo.
- Estudiantes que al momento de la aplicación del estudio se encuentren asistiendo regularmente a lecciones.
- Adolescentes cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado.
- Estudiantes que hayan firmado el asentimiento informado.

Se excluyen:

- Adolescentes o padres que no accedan a participar en el estudio.

- Cuestionarios llenados de forma incorrecta o parcial.
- Estudiantes con alguna discapacidad cognitiva.

3.3.4 Fuentes de información

Fuente primaria: alumnos encuestados

Fuentes secundarias:

- Libros de texto referentes al tema de investigación
- Artículos científicos obtenidos en páginas web de contenido médico tales como: Scielo y Cochrane
- Documentos oficiales emitidos por el Ministerio de Salud de Costa Rica, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), el Organismo de Investigación Judicial (OIJ), entre otras instituciones.

3.4 INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El instrumento utilizado es la Escala de Riesgo Suicida de Plutchick, creada por Robert Plutchick en 1989 y adaptada a su versión en español por Rubio y Cols en 1998, consta de un cuestionario de 15 preguntas de falso y verdadero. A este cuestionario se agregaron 2 preguntas adicionales, también de falso y verdadero y una pregunta abierta por decisión del investigador y con el fin de alcanzar de mejor forma los objetivos planteados. La aplicación de esta escala permite diferenciar entre individuos que no presentan riesgo de conducta suicida y los que si presentan y en estos últimos, identificar los factores de riesgo presentes.⁷⁶

3.4.1 Validación y confiabilidad del cuestionario

Validación de la Escala de Plutchick en la versión española

La Escala de Riesgo Suicida de Plutchick, permite diferenciar entre individuos que no presentan riesgo suicida y los que están en riesgo suicida. Su validación en la versión en español redujo la escala original de 26 a 15 preguntas, con un corte de 6 puntos, con un α de Cronbach = 0,90 y una especificidad y confiabilidad de 88%.⁷⁷

Confiabilidad de la Escala de Plutchick para el presente estudio

La escala de Plutchick clasifica correctamente a los estudiantes del Centro Educativo María Inmaculada de Limón que tienen riesgo de suicidio en el 10,7% de las veces (sensibilidad = 10,7%); a su vez la escala clasifica correctamente a los estudiantes sin riesgo de suicidio en el 93,3% de las veces (especificidad = 93,3%); en forma global la escala clasifica correctamente al 62,8% de los estudiantes.⁷⁸

Índice de fiabilidad

Este índice se utiliza para estimar la fiabilidad con la que cada ítem mide la característica o la variable que mide el test total. Es decir, da información sobre la contribución que el ítem hace para medir lo que el test total mida. El índice de fiabilidad de cada ítem contribuye con la fiabilidad del test completo y ayuda a optimizar dicho test como un instrumento de medida. También permite elegir los ítems que contribuyen a optimizar el test como instrumento de evaluación.⁷⁸

El alfa de Cronbach del total de la escala de Plutchick fue 0,76; es decir, este instrumento tiene un nivel de fiabilidad aceptable, lo que quiere decir que el 76,0% de la variabilidad de las puntuaciones obtenidas representan las verdaderas diferencias entre los estudiantes que contestaron la escala y el 24,0% las fluctuaciones debidas al azar. En general este indicador nos indica que los ítems de esta escala son homogéneos y mide en forma consistente para lo que fue elaborada.⁷⁸

Cuadro 2. Medición de la fiabilidad de la escala de Plutchick

Ítems	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir	4,192	9,413	0,187	0,757
2. Tiene dificultades para conciliar el sueño	3,936	8,555	0,348	0,746
3. A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a	3,901	8,168	0,484	0,733
4. Tiene poco interés en relacionarse con la gente	3,995	8,926	0,231	0,757
5. Se ha sentido alguna vez inútil o inservible	3,700	8,102	0,477	0,733
6. Ve su futuro con más pesimismo que optimismo	4,148	9,245	0,213	0,756
7. Ve su futuro sin ninguna esperanza	4,222	9,609	0,093	0,760

Ítems	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
8. Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo	3,744	7,914	0,547	0,726
9. Se siente deprimido/a ahora	4,103	9,172	0,199	0,757
10. Ha terminado usted alguna relación sentimental	3,808	8,988	0,159	0,766
11. Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez	4,103	8,875	0,347	0,747
12. Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de herir a alguien	3,798	8,627	0,285	0,753
13. Ha pensado alguna vez en suicidarse	4,015	7,965	0,662	0,718
14. Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que ha querido suicidarse	4,108	8,612	0,491	0,736
15. Ha intentado alguna vez autolesionarse	4,084	8,414	0,548	0,731
16. Ha sufrido algún tipo de abuso o agresión	4,103	8,915	0,327	0,748
17. Considera que ha sido víctima de bullying	3,901	8,911	0,202	0,761

Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario para la detección de riesgo suicida en adolescentes⁷⁹.

Análisis Factorial

El análisis factorial tiene como objeto simplificar las múltiples y complejas relaciones que pueden existir entre un conjunto de variables observadas X_1, X_2, \dots, X_p . Para ello trata de encontrar dimensiones comunes, componentes, constructos o factores que ligan a las aparentes no relacionadas variables. Concretamente, se trata de encontrar un conjunto de $k < p$ factores no directamente observables F_1, F_2, \dots, F_k que expliquen suficientemente las variables observadas perdiendo el mínimo de información, de modo que sean fácilmente interpretables (principio de interpretabilidad) y que sean los menos posibles; es decir, k pequeño (principio de parsimonia).

Los primeros datos estadísticos que calcularemos son el Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling (KMO) y la prueba de Bartlett. El KMO para este estudio es de 0,768; un valor mayor a 0.5 es indicativo de existencia de suficiente correlación y, por lo tanto, indicativo de que el análisis factorial es una técnica útil para este estudio. La prueba de esfericidad de Bartlett contrasta la hipótesis de igualdad de la matriz de correlaciones con la identidad. Así, la aceptación de la hipótesis nula (H_0) implicaría que las correlaciones entre las variables serían nulas. Por tanto, tiene sentido un análisis factorial si se puede rechazar la H_0 , lo cual sería de nuevo indicativo de que existen correlaciones entre las variables; la que en este caso se rechazó. ($p = 0.000$).⁸⁰

El análisis factorial muestra cuatro factores significativos: sentimientos de inutilidad, ideación suicida, desesperanza y factores sociales.⁸⁰

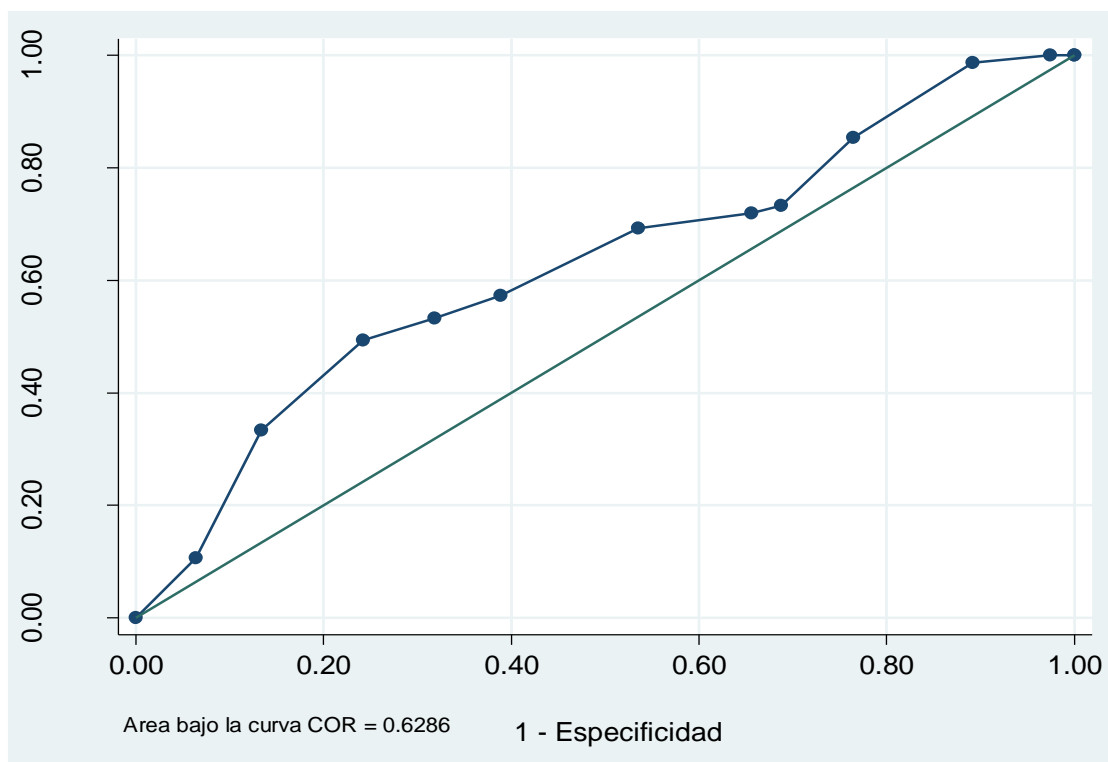
Cuadro 3. Costa Rica. Matriz de componentes rotados. Escala de Plutchick. Estudiantes encuestados entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón. 2018

Ítems	Componente		
	1	2	3
1. Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir		0,642	
2. Tiene dificultades para conciliar el sueño		0,652	
3. A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a	0,595		
4. Tiene poco interés en relacionarse con la gente		0,677	
5. Se ha sentido alguna vez inútil o inservible	0,652		
6. Ve su futuro con más pesimismo que optimismo			0,561
7. Ve su futuro sin ninguna esperanza			0,617
8. Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo	0,591		
9. Se siente deprimido/a ahora			0,680
10. Ha terminado usted alguna relación sentimental		0,246	
11. Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez		0,393	
12. Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de herir a alguien	0,476		
13. Ha pensado alguna vez en suicidarse	0,678		
14. Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que ha querido suicidarse	0,633		
15. Ha intentado alguna vez autolesionarse	0,722		

Ítems	Componente		
	1	2	3
16. Ha sufrido algún tipo de abuso o agresión	0,468		
17. Considera que ha sido víctima de bullying	0,444		
Porcentaje de Varianza 39,6	23,0	8,9	7,8

Fuente: Datos recolectados del cuestionario para la detección de riesgo suicida en adolescentes⁷⁹.

Figura 2. Curva característica para la variable dependiente riesgo suicida. Escala de Plutchick. Estudiantes encuestados entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón. 2018.



Fuente: Datos recolectados del cuestionario para la detección de riesgo suicida en adolescentes⁷⁹.

De acuerdo con lo anterior se puede concluir que la escala de Plutchick en forma global, es un instrumento confiable y válido para medir el riesgo de suicidio.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio observacional, analítico, transversal de prevalencia. Esta investigación observa el fenómeno en su forma natural, no manipula ninguna de las variables para poder medirlas en su estado natural, se encarga además de buscar los factores de riesgo que predisponen a una conducta (causa - efecto) y es de tipo transversal, ya que los datos se recolectarán en un mismo momento mediante un cuestionario autoaplicado, con el objetivo de analizar la prevalencia del riesgo suicida en un grupo de adolescentes.

3.6 CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicadores	Instrumentos
1. Caracterizar la población de estudio según edad, sexo, grado académico y distrito de residencia de la población de estudio.	Edad	Tiempo que ha vivido una persona en ciertos animales o vegetales.	Adolescentes entre 12 y 17 años.	Factores de riesgo más determinantes en la población que presenta alto riesgo suicida.	Factores de riesgo más determinantes en adolescentes.	Entrevista de 17 preguntas de falso y verdadero, además de una pregunta abierta.
	Sexo	Condición orgánica masculino o femenino de los animales y plantas	Varón y mujer			
	Residencia.	Lugar en que se reside.	Distrito de Limón centro, Valle La Estrella, Río Blanco, Matama, Cahuita, Bratsi, Matina, Bataan.			
	Nivel Académico	División de niveles que conforman un sistema educativo nacional.	Sétimo, Octavo, Noveno, Décimo, Undécimo, Duodécimo.			

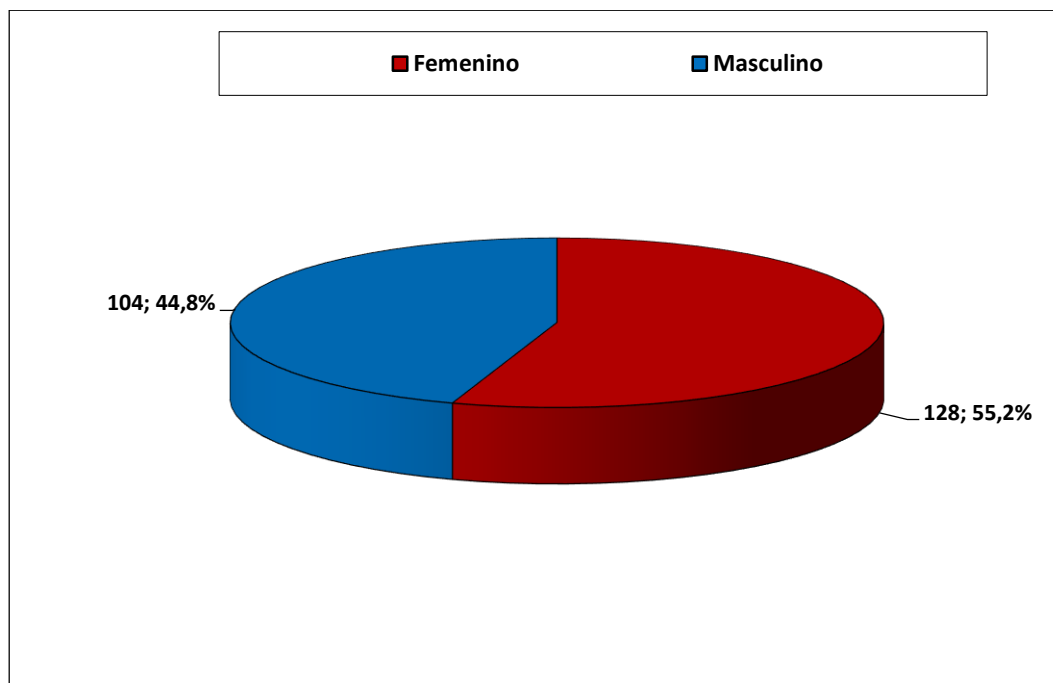
Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicadores	Instrumentos
2. Identificar los factores de riesgo suicida más importantes en la población de estudio, según sexo.	Factores de riesgo suicida	Cualquier rasgo característico o exposición de un individuo que aumente la probabilidad de ocasionar un actor autolesivo.	Factores biológicos, psicológicos, psicopatológicos y psicosociales. Mecanismo autolesivo.	Factores de riesgo más determinantes en la población que presenta alto riesgo suicida.	Factores de riesgo más determinantes en adolescentes.	Entrevista de 17 preguntas de falso y verdadero, además de una pregunta abierta. Recolección de datos
	Suicidio	Acto deliberado de quitarse la vida.				

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicadores	Instrumentos
3. Relacionar los síntomas depresivos con las conductas suicidas, en adolescentes de 12 a 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón.	Conducta de riesgo suicida	Comportamiento que tiene como consecuencia la autolesión.	Factores biológicos, psicológicos, psicopatológicos y psicosociales, que influyen en la conducta de riesgo.	Factores de riesgo más determinantes en la población que presenta alto riesgo suicida.	Factores de riesgo más determinantes en adolescentes.	Entrevista de 17 preguntas de falso y verdadero, además de una pregunta abierta. Recolección de datos
	Síntomas depresivos	Trastorno que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño o de apetito, cansancio y falta de concentración.	Relación entre el acto auto lesivo y la depresión. Factores que conllevan a la depresión.			

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicadores	Instrumentos
4. Conocer los métodos de autolesión más frecuentemente utilizados por los adolescentes que incurren en conductas autolesivas.	Autolesión	Daño físico causado voluntariamente a sí mismo	Cortarse la piel con objetos filosos, escarbarse o quemarse la piel, rascarse o autogolpearse, picarse con agujas, golpearse la cabeza, presionarse los ojos, morderse el dedo, los labios o el brazo, jalarse los cabellos, picarse la piel, ingesta de sustancias o medicamentos con el fin de dañarse a sí mismo, ahorcamiento	Factores de riesgo más determinantes en la población que presenta alto riesgo suicida.	Factores de riesgo más determinantes en adolescentes.	Entrevista de 17 preguntas de falso y verdadero, además de una pregunta abierta. Recolección de datos

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

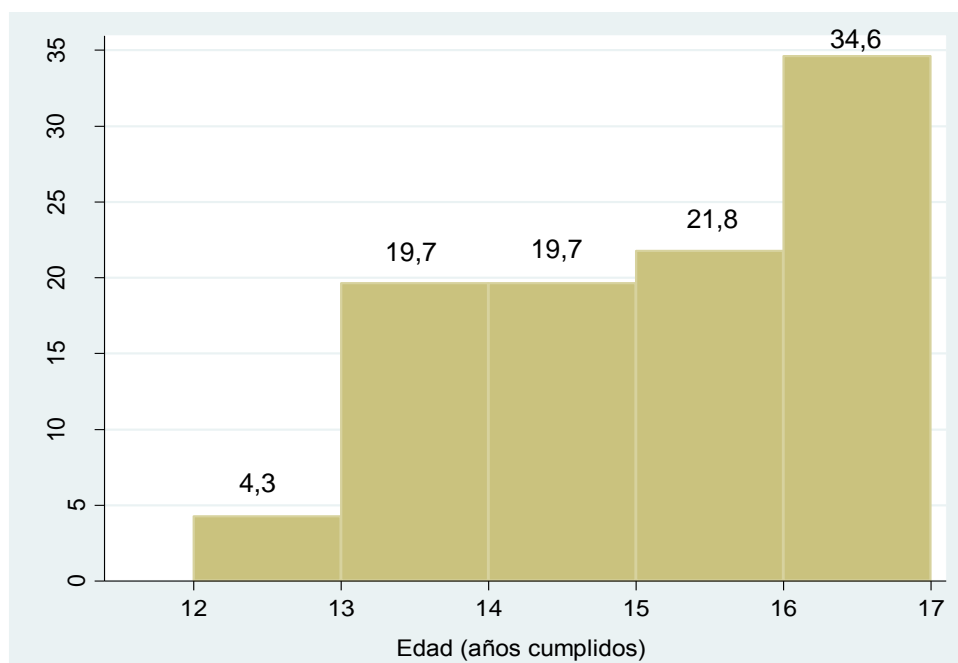
Gráfico 1. Costa Rica. Distribución absoluta y relativa del sexo de los estudiantes encuestados entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018. (n = 234 estudiantes)



Fuente: Elaboración propia con los datos recolectados del cuestionario para la detección de riesgo suicida en adolescentes.

En el gráfico 1 se observa la distribución del total de los alumnos encuestados en el Centro Educativo Maria Inmaculada de Limón según sexo. Fue de 55,2% (128) para las mujeres y de 44,8% (104) para los hombres, para un total de 234 alumnos encuestados, lo cual corresponde a un 91,7% de la población colegial de la institución, con un porcentaje de no respuesta del 0.9%.

Gráfico 2. Costa Rica. Histograma de la edad (años) de los estudiantes encuestados entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018. (n = 234 estudiantes)

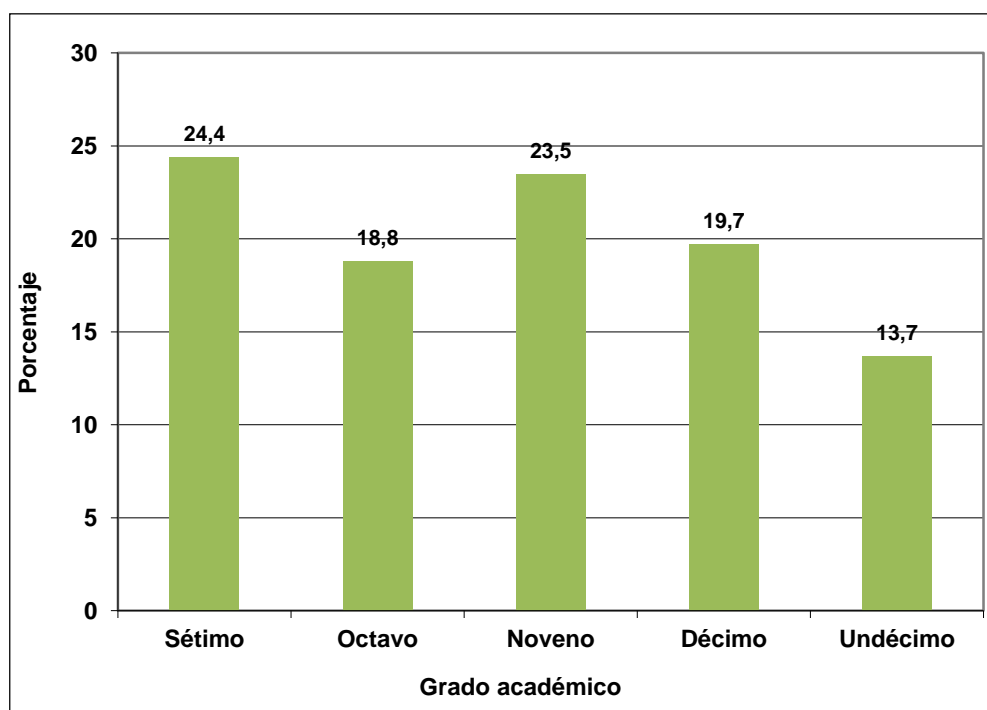


Fuente: Elaboración propia con los datos recolectados del cuestionario para la detección de riesgo suicida en adolescentes.

Según el gráfico 2, el promedio de edad de los estudiantes encuestados fue $14,8 \pm 1,4$ años, el estudiante más joven encuestado tenía 12,0 años y el mayor 17,0 años, el 75% de los estudiantes tenía 16,0 años o menos; el promedio de edad de las estudiantes mujeres fue $14,7 \pm 1,5$ años, con un rango de edad de entre 12,0 años y 17,0 años; el promedio de edad de los estudiantes hombres fue $14,8 \pm 1,4$ años, con un rango de edad de entre 12,0 años y 17,0 años. No existen diferencias estadísticamente significativas al 5% entre estos dos promedios; es decir, el promedio de edad de las estudiantes mujeres es igual al promedio de edad de los estudiantes hombres.

La prueba de Levene para la igualdad de las varianzas, resultó no significativa al 5%; es decir, se cumple con el supuesto de igualdad de varianzas entre las dos poblaciones.

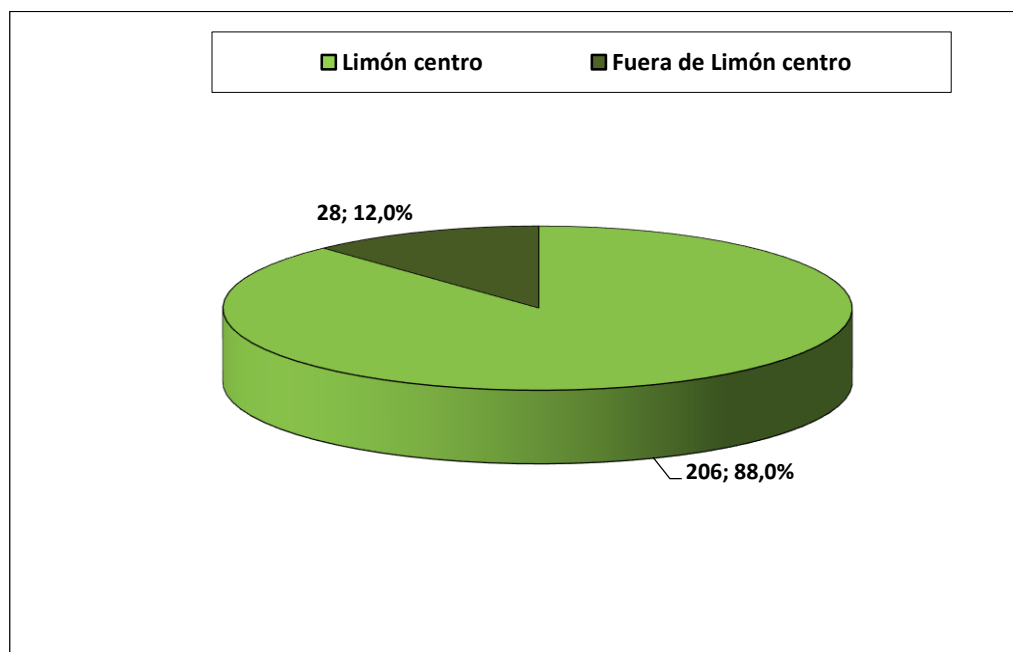
Gráfico 3. Costa Rica. Distribución relativa del grado académico de los estudiantes encuestados entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018. (n = 234 estudiantes)



Fuente: Elaboración propia con los datos recolectados del cuestionario para la detección de riesgo suicida en adolescentes.

En el gráfico 3 se puede observar la distribución de los alumnos del Centro Educativo Maria Inmaculada de Limón, según nivel académico, el 56,9% de los estudiantes encuestados estaban entre noveno y undécimo grado académico.

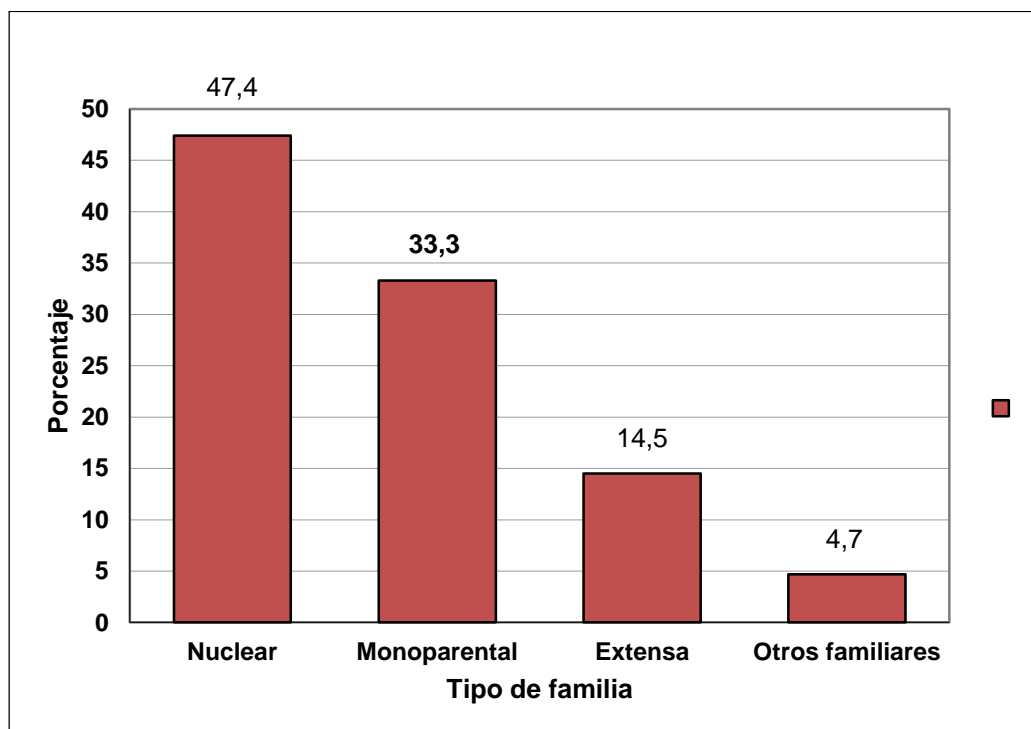
Gráfico 4. Costa Rica. Distribución absoluta y relativa del sitio de residencia de los estudiantes encuestados entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018. (n = 234 estudiantes)



Fuente: Elaboración propia con los datos recolectados del cuestionario para la detección de riesgo suicida en adolescentes.

En el gráfico 4 se puede observar la distribución de los alumnos del Centro Educativo Maria Inmaculada de Limón, según el sitio de residencia, el 88% (206) de los alumnos residía en Limón Centro, los barrios mas habitados por los estudiantes son: Los Corales con 14,1% (33), Bella Vista con el 13,6% (32), Los Cocos con 9,2% (22) y Pacuare 8,7% (20), mientras que el 12% (28) vivía fuera de Limón Centro, predominantemente en el distrito de Matama con un 5,12% (12) y finalmente Rio Blanco, Cahuita y Bataan con un 2,15% cada uno (5).

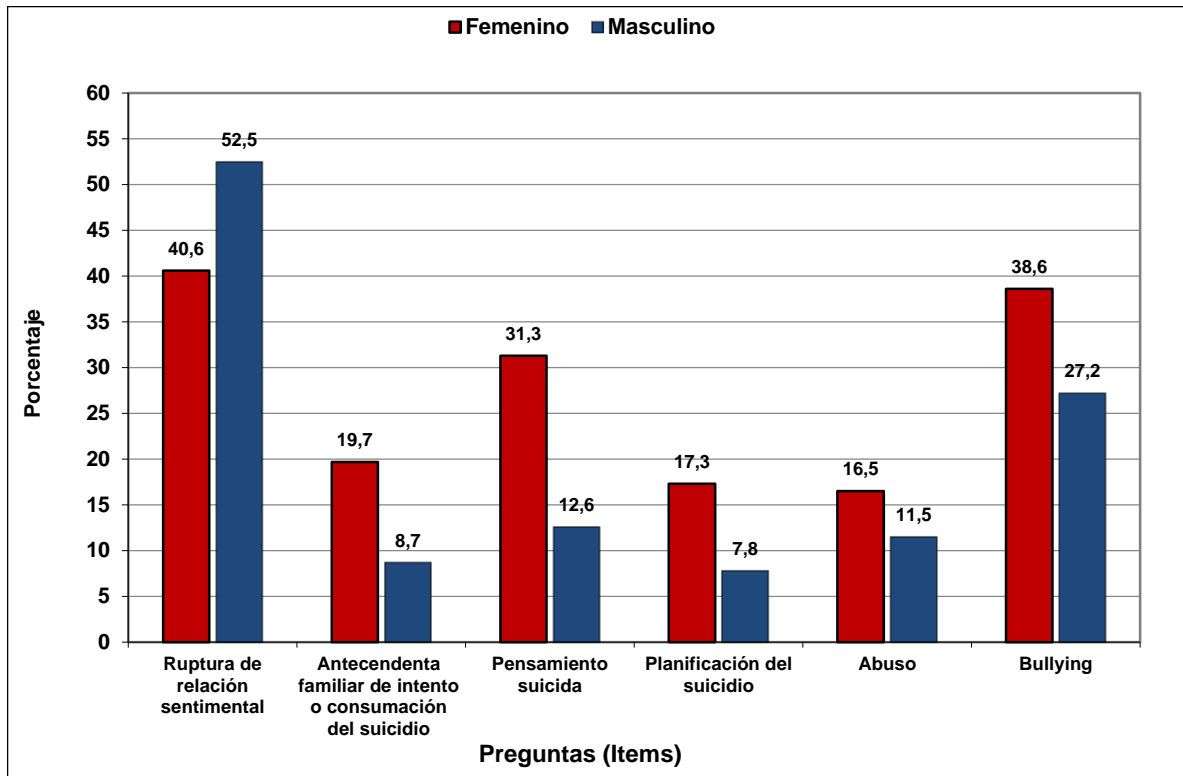
Gráfico 5. Costa Rica. Distribución relativa del tipo de familia de los estudiantes encuestados entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018. (n = 234 estudiantes)



Fuente: Elaboración propia con los datos recolectados del cuestionario para la detección de riesgo suicida en adolescentes.

En el gráfico 5 se puede observar la distribución de los alumnos del Centro Educativo Maria Inmaculada de Limón, según su tipo de familia. El 47,4% (111) de los estudiantes encuestados tenían familias nucleares; es decir, viven con ambos progenitores, madre y padre y el 33,3% (78) de los estudiantes tenía familias monoparentales, o sea, viven con un solo progenitor, madre o padre.

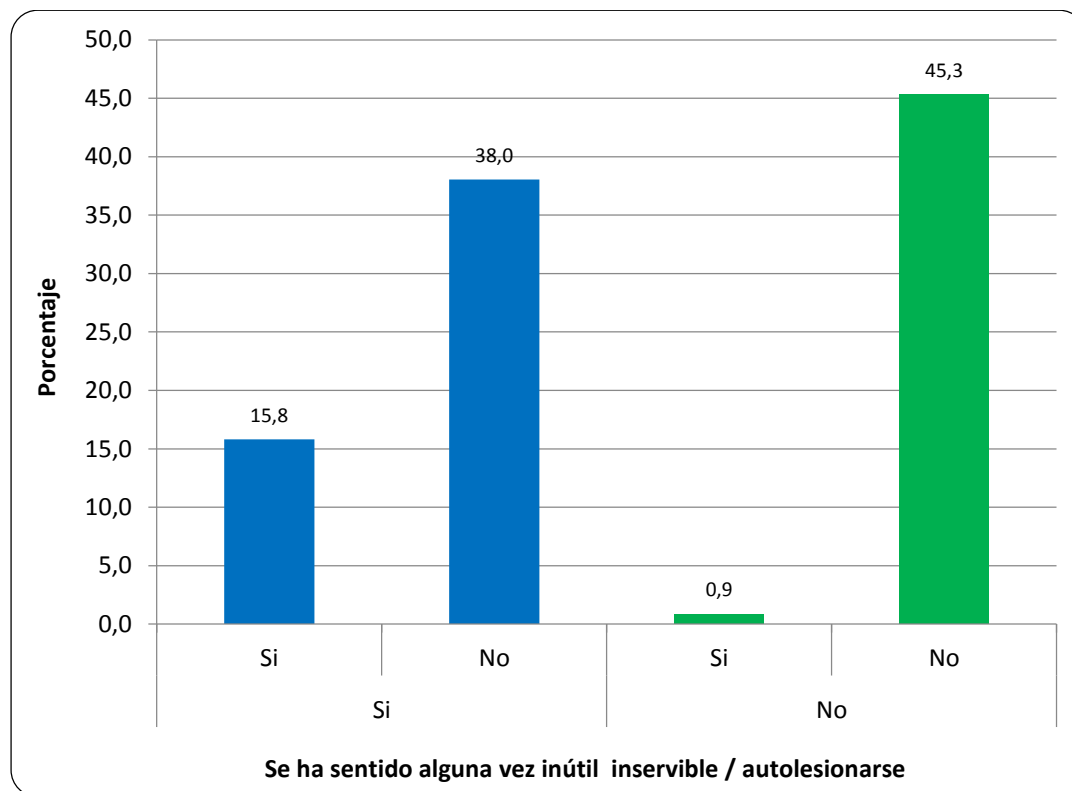
Gráfico 6. Costa Rica. Factores de riesgo detectados por la escala de Plutchick según las respuestas de los adolescentes entrevistados. Estudiantes entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018.



Fuente: Elaboración propia con los datos recolectados del cuestionario para la detección de riesgo suicida en adolescentes.

En el gráfico número 6 se detallan los factores de riesgo de conducta suicida detectados en la población de estudio según la Escala de Plutchick. Se puede observar que en el sexo femenino los factores de riesgo más frecuentes fueron: la ruptura de una relación sentimental (40,6%), el bullying (38,6%), el pensamiento suicida (31,3%) y el antecedente familiar de intento de suicidio (19,7%). En el grupo masculino los más prominentes fueron: la ruptura de una relación sentimental (52,5%), el bullying (27,2%), pensamientos suicidas (12,6%) y el abuso o las agresiones (11,5%).

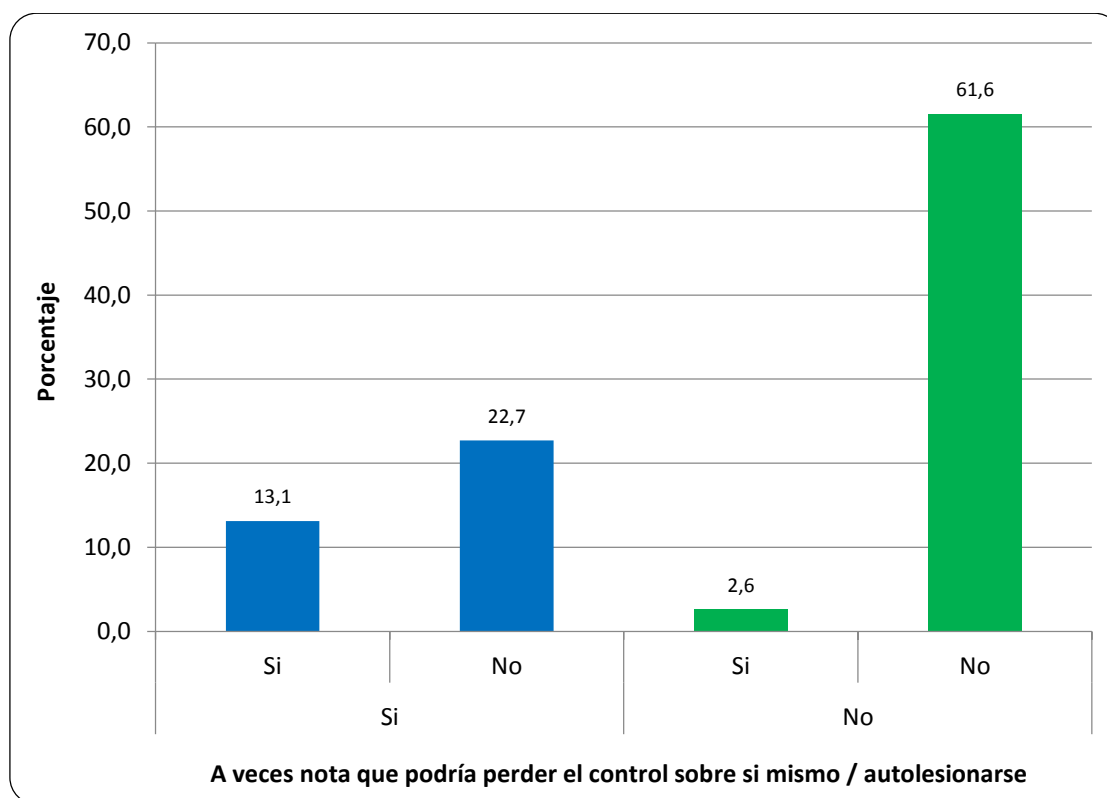
Gráfico 7. Costa Rica. Relación entre sentirse inútil o inservible y haber intentado autolesionarse al menos en una ocasión. Estudiantes entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018



Fuente: Elaboración propia con los datos recolectados del cuestionario para la detección de riesgo suicida en adolescentes.

Se encontró que existe asociación entre sentirse inútil o inservible y el intento de autolesionarse, es decir, que los estudiantes que alguna vez se habían sentido inútiles o inservibles presentaron un riesgo 22,0 veces mayor de haber intentado autolesionarse alguna vez (Gráfico 7).

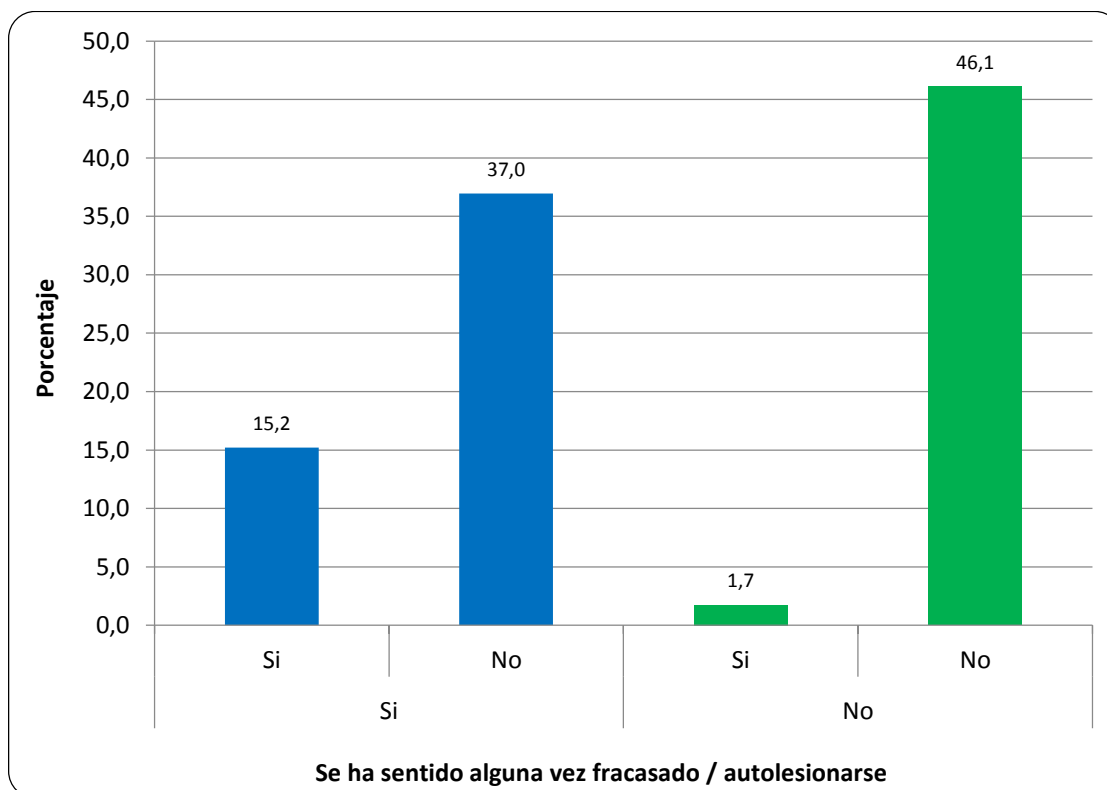
Gráfico 8. Costa Rica. Relación entre irritabilidad y el intento de autolesionarse. Estudiantes de entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018.



Fuente: Elaboración propia con los datos recolectados del cuestionario para la detección de riesgo suicida en adolescentes.

La sensación de perder el control sobre si mismo, que se interpreta como un síntoma de irritabilidad⁸¹, se asoció con el intento de autolesión; es decir, que los estudiantes que experimentaban la sensación de perder el control sobre ellos mismos presentaron un riesgo 13,5 veces mayor de haber intentado autolesionarse alguna vez (Gráfico 8).

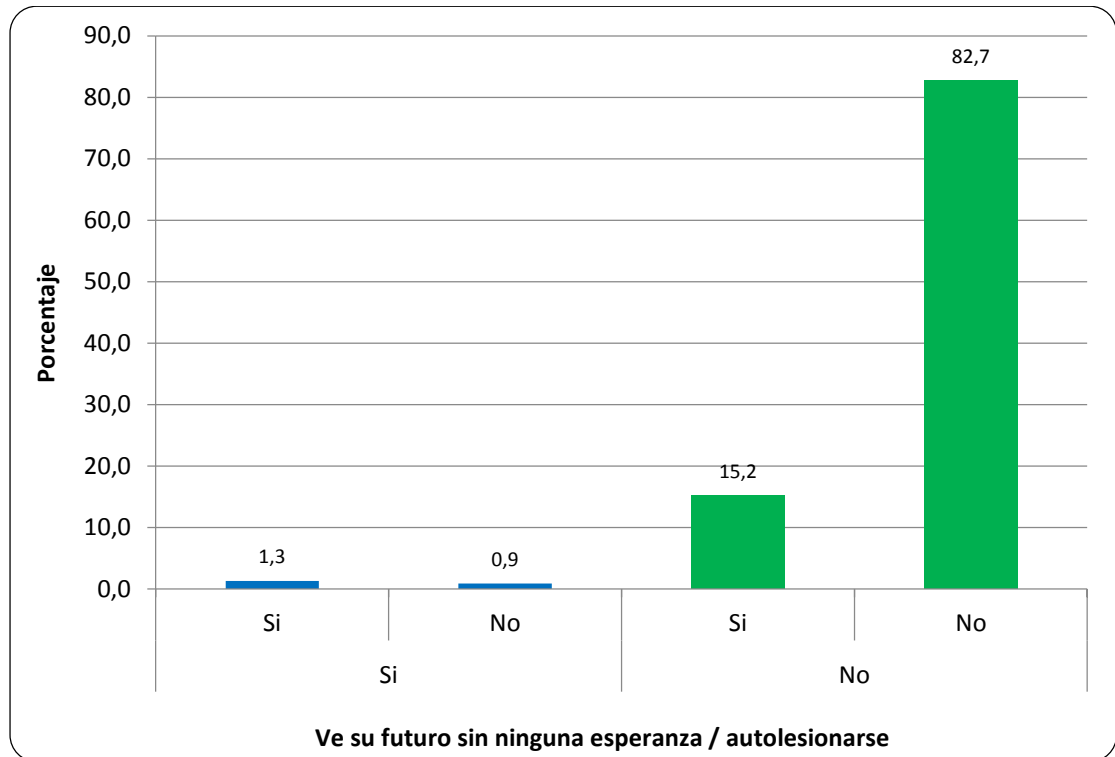
Grafico 9. Costa Rica. Relación entre la sensación de fracaso y haber intentado autolesionarse al menos en una ocasión. Estudiantes entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018.



Fuente: Elaboración propia con los datos recolectados del cuestionario para la detección de riesgo suicida en adolescentes.

La sensación de fracaso se refiere también a la desesperanza⁸²; en este estudio se encontró que existe asociación entre la sensación de fracaso y el intento de autolesionarse; es decir, que los estudiantes que se habían sentido fracasados presentaban un riesgo 10,9 veces mayor de haber intentado alguna vez autolesionarse (Gráfico 9).

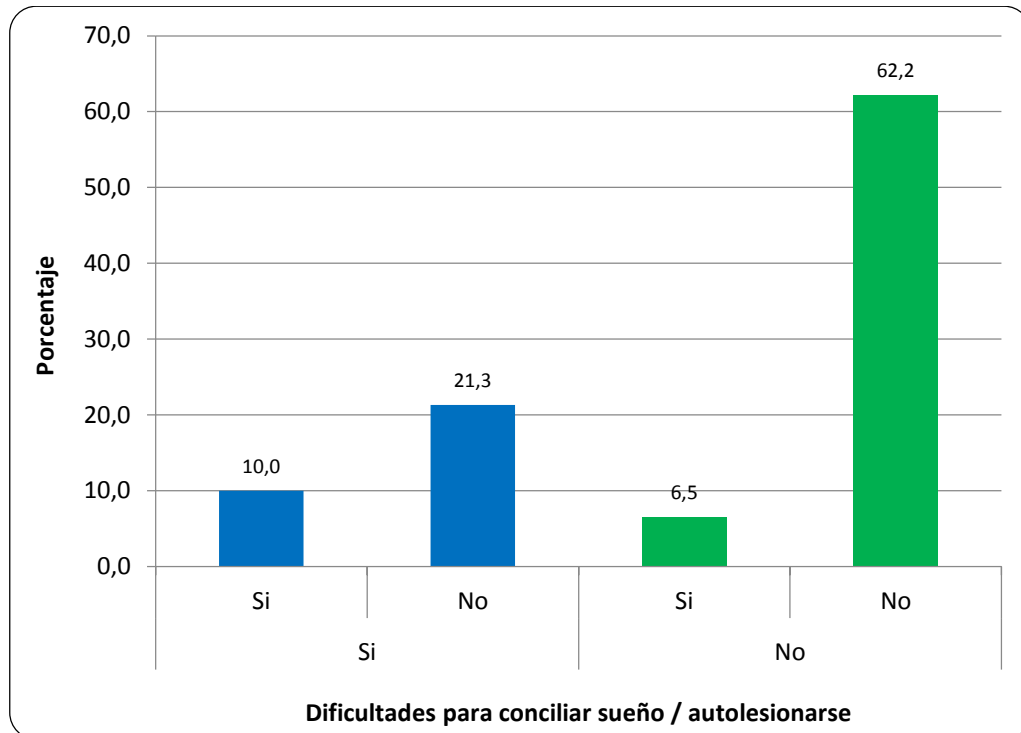
Grafico 10. Costa Rica. Relación entre la desesperanza y haber intentado autolesionarse al menos en una ocasión. Estudiantes entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018.



Fuente: Elaboración propia con los datos recolectados del cuestionario para la detección de riesgo suicida en adolescentes.

Se demostró una asociación entre ver su futuro sin ninguna esperanza y el intento de haberse autolesionado; es decir, que los estudiantes que veían su futuro sin ninguna esperanza presentaron un riesgo 8,2 veces mayor de haber intentado autolesionarse alguna vez (Gráfico 10).

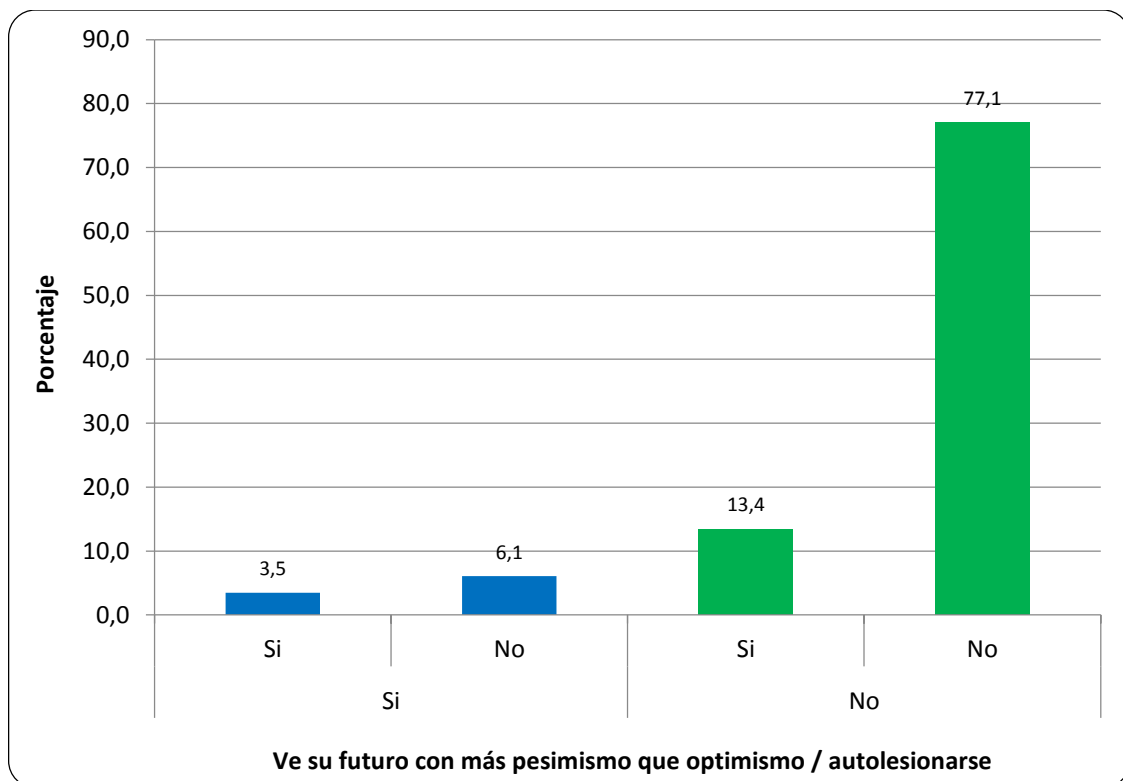
Grafico 11. Costa Rica. Relación entre tener dificultades para conciliar el sueño y el intento de autolesionarse. Estudiantes entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018.



Fuente: Elaboración propia con los datos recolectados del cuestionario para la detección de riesgo suicida en adolescentes.

Como puede observarse en el gráfico número 11, se encontró asociación entre la dificultad para conciliar el sueño y el intento de autolesión; es decir, que los estudiantes que tienen dificultades para conciliar el sueño presentaron un riesgo 4,5 veces mayor de haber intentado autolesionarse alguna vez (Gráfico 11).

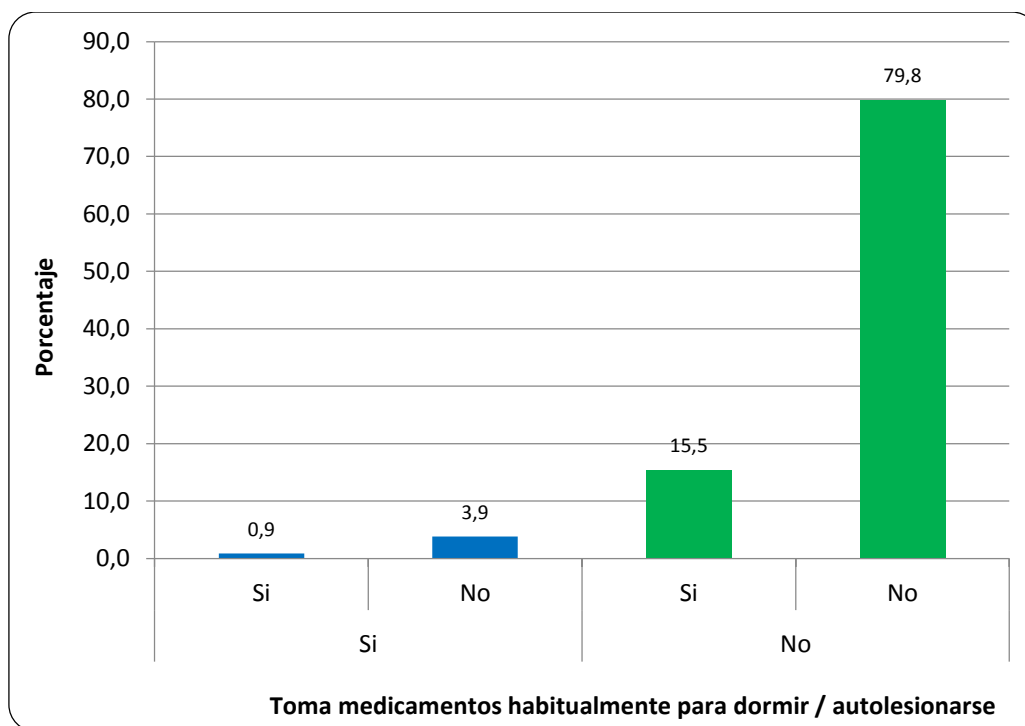
Grafico 12. Costa Rica. Relación entre el pesimismo y haber intentado autolesionarse al menos en una ocasión. Estudiantes entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018



Fuente: Elaboración propia con los datos recolectados del cuestionario para la detección de riesgo suicida en adolescentes.

El pesimismo es un síntoma de desesperanza⁸² y se encontró una asociación entre dicho síntoma y el intento de autolesionarse, es decir, que se encontró que los estudiantes que ven su futuro con más pesimismo que optimismo presentaron un riesgo 3,3 veces mayor de haber intentado autolesionarse alguna vez (Gráfico 12).

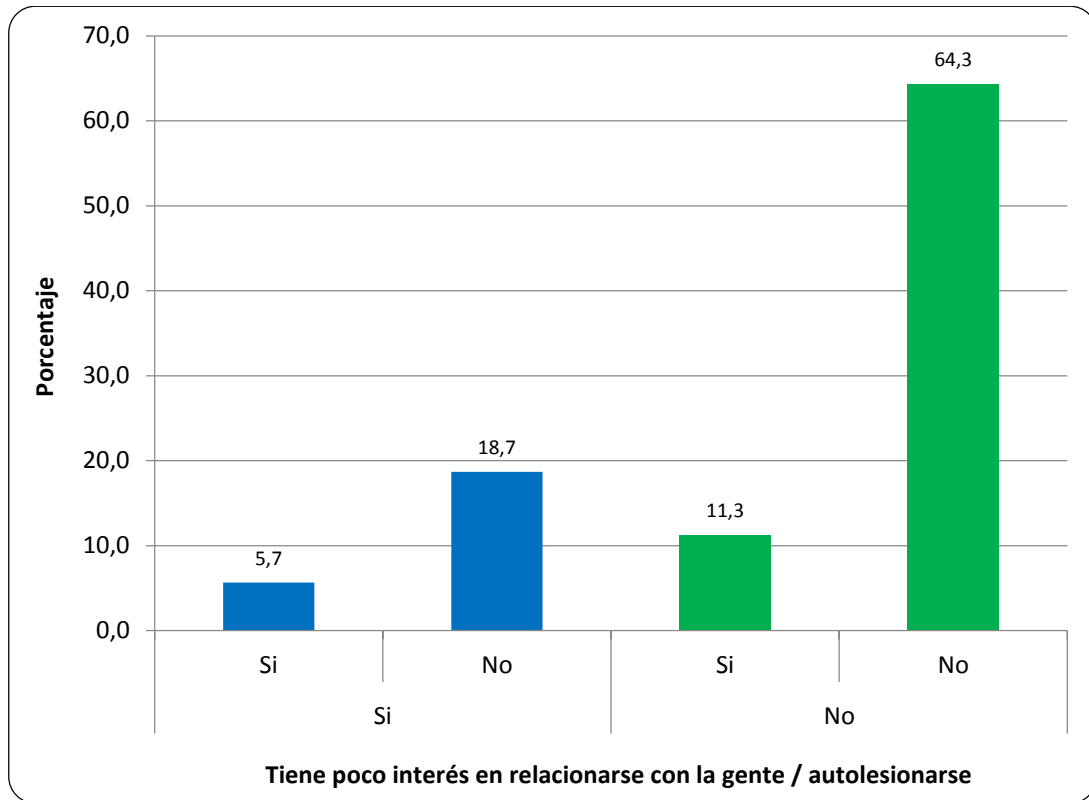
Gráfico 13. Costa Rica. Relación entre la toma de medicamentos para dormir y el intento de autolesionarse. Estudiantes entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018.



Fuente: Elaboración propia con los datos recolectados del cuestionario para la detección de riesgo suicida en adolescentes.

Como se observa en el gráfico número 13, no se encontró una asociación entre el consumo de medicamentos para dormir y el intento de de autolesión; es decir, que la autolesión no dependió de la ingesta de medicamentos para dormir (Gráfico 13).

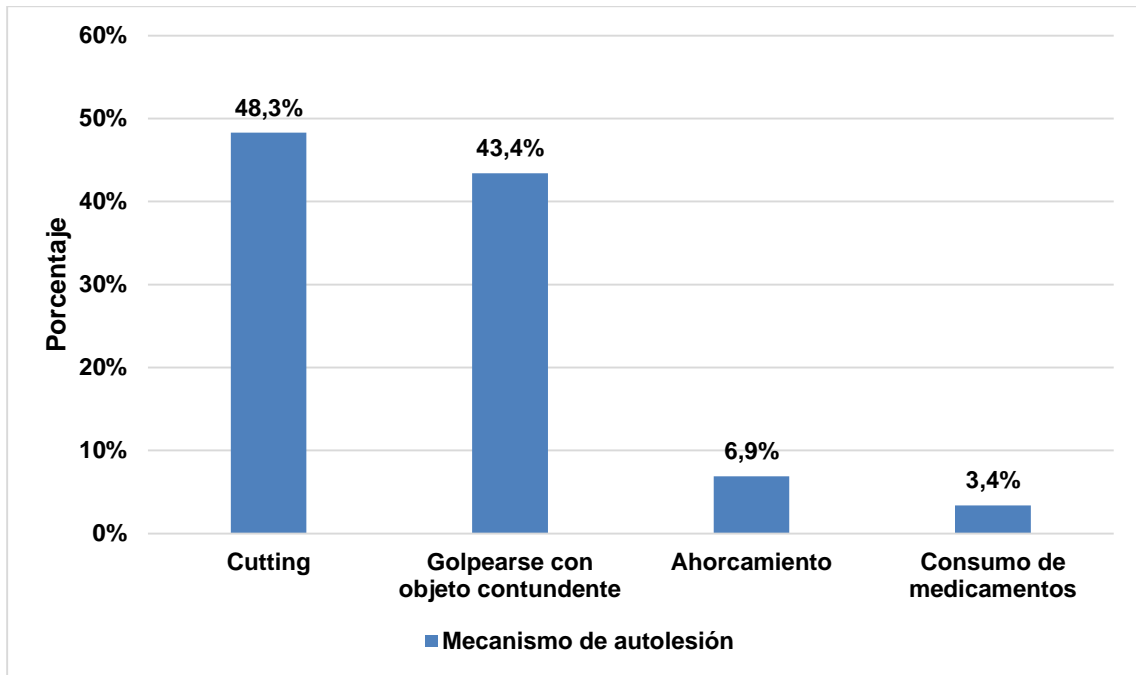
Grafico 14. Costa Rica. Relación entre tener poco interés de relacionarse con la gente y el intento de autolesionarse. Estudiantes de entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018.



Fuente: Elaboración propia con los datos recolectados del cuestionario para la detección de riesgo suicida en adolescentes.

No se encontró asociación entre el tener poco interés en relacionarse con la gente y el intento de haberse autolesionado alguna vez; es decir, que la autolesión no dependió del poco interés en relacionarse con los demás. (Gráfico 14).

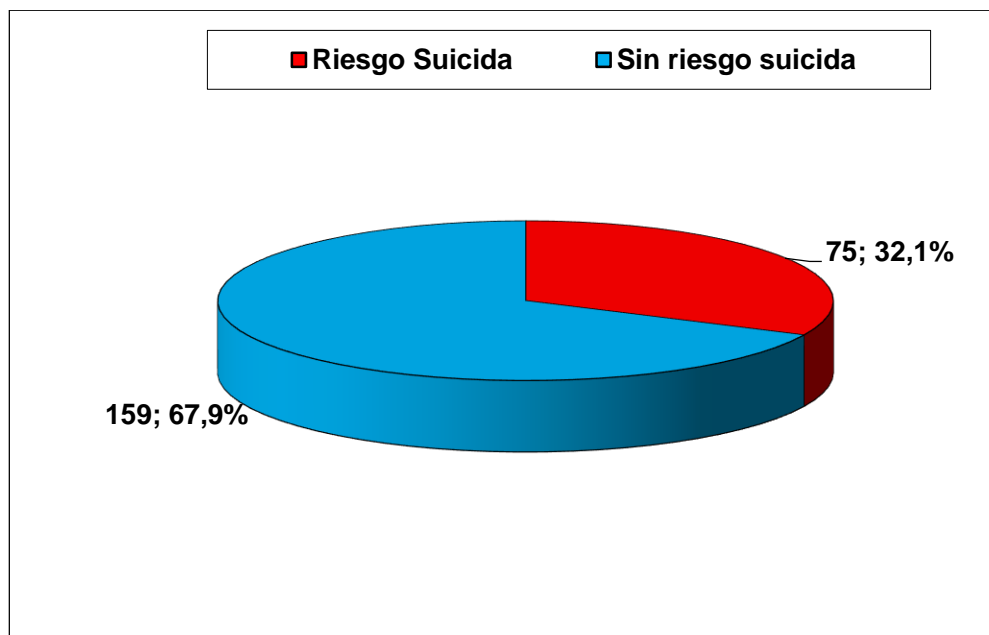
Grafico 15. Costa Rica. Métodos usados en los intentos de autolesión de acuerdo a la escala de Plutchick. Estudiantes entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018.



Fuente: Elaboración propia con los datos recolectados del cuestionario para la detección de riesgo suicida en adolescentes.

El 16,7% (39) de los estudiantes encuestados del Centro Educativo Maria Inmaculada de Limón habían intentado autolesionarse alguna vez, presentándose más en las mujeres (29 casos) que en los hombres (10 casos). De este 16,7%, el 74,3% (29) describió la forma mediante la cual se autolesionó, las más frecuentes fueron el “cutting”(48,3%) y golpearse con objetos contundentes en alguna parte del cuerpo (43,4%). En el gráfico número 15 se observan lo mecanismos de autolesión utilizados con más frecuencia por los estudiantes.

Grafico 16. Costa Rica. Distribución absoluta y relativa del riesgo suicida de acuerdo a la escala de Plutchick. Estudiantes encuestados entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón, octubre 2018. (n = 234 estudiantes).



Fuente: Elaboración propia con los datos recolectados del cuestionario para la detección de riesgo suicida en adolescentes.

En el gráfico 16 se observa la cantidad de alumnos que presentaron riesgo suicida y los que no tenían dicho riesgo; según la escala de Plutchick el 32,1% de los estudiantes encuestados presentaron riesgo suicida al momento de la encuesta.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Es de mucha preocupación que en Costa Rica los jóvenes entre los 10 y 19 años posean la tasa más elevada de intentos de suicidio, ocurriendo la mayoría de estos intentos en el género femenino y presentándose la mayoría de los casos en la provincia de San José, seguida por la provincia de Limón.^{83,84} Ante esta realidad nacional y con el fin de continuar la exploración sobre el tema del suicidio, este estudio pretendió analizar, por medio de la aplicación de un cuestionario, a un grupo de adolescentes e identificar los factores de riesgo más importantes implicados en la conducta suicida. También se pretendió describir si existía una relación entre los síntomas depresivos y el comportamiento autolesivo, además de los mecanismos de autoagresión más comúnmente utilizados por estos jóvenes.

Por medio de la aplicación de la Escala de Plutchick, se encontró que la mayoría de los estudiantes correspondía a mujeres, situación esperable según los datos del MEP sobre la distribución por género de los estudiantes de secundaria.⁸⁵

Las edades de la población estudiada iban de los 12 a los 17 años, igualando los datos esperables para los estudiantes de secundaria, que en Costa Rica va de los 12 a los 17 años.⁸⁵

La distribución de los estudiantes según el nivel educativo fue bastante uniforme y rondó entre el 18% y el 24% para cada nivel, presentándose una reducción ligera del número de estudiantes al avanzar el nivel educativo. Esta uniformidad en la distribución de estudiantes según nivel educativo, y por ende según edades, nos brinda una representatividad adecuada de cada nivel educativo, permitiendo que los resultados obtenidos sean más representativos para la población.

A pesar de que el lugar de residencia de los estudiantes que formaron parte del estudio se limitó a la provincia de Limón, se contó con estudiantes provenientes de todos los distritos de dicha provincia; esta representatividad permite generalizar en buena medida los resultados obtenidos.

Acerca de los tipos de familia, en el presente estudio se encontró que el 47,4% de los estudiantes provenían de familias nucleares y el 33% de familias monoparentales. A nivel nacional las familias nucleares corresponden al 41,7% de los hogares y las monoparentales al 13,8%; en la provincia de Limón el 40,7% de las familias son nucleares mientras que 19,1% son monoparentales, llama mucho la atención la gran diferencia observada en los porcentajes de familias monoparentales descritos por los estudiantes del colegio en estudio con respecto a la cifra descrita a nivel nacional y en la provincia de Limón.⁸⁶

En este estudio se hallaron factores de riesgo de suicidio bastante similares para ambos sexos. Los tres factores de riesgo más frecuentes para ambos fueron idénticos, aunque con porcentajes distintos; y se presentaron además en el mismo orden de frecuencia: el más frecuente para ambos sexos fue la ruptura de una relación sentimental, seguido por el bullying y por último el pensamiento suicida. El cuarto factor de riesgo más importante fue distinto para varones y mujeres, siendo para las mujeres el antecedente familiar de intento de suicidio y para los varones el abuso o las agresiones.

El 40,6% de las mujeres y el 52,5% de los varones refirieron en el cuestionario la ruptura de una relación sentimental, constituyendo este dato el principal factor de riesgo para conductas suicidas. La OMS⁸⁷ menciona que las relaciones conflictivas son uno de los principales factores de riesgo para la conducta suicida, así también, en la Revista de Psicología Clínica de Niños y Adolescentes, se menciona que las dificultades sentimentales están entre los factores de riesgo más importantes.⁸⁸

El riesgo de presentar pensamientos o conductas autolesivas aumenta de dos a tres veces en los jóvenes que son víctimas de bullying.⁸⁹ Este fenómeno es bastante frecuente en nuestro país y en estudios previos se ha relacionado con la ocurrencia de suicidios; entre julio y setiembre del año 2017 se aislaron 21 casos de suicidio relacionados al bullying.⁹⁰ Estos datos dan una voz de alerta con respecto a las situaciones de acoso escolar y sus implicaciones en la salud mental de los estudiantes, especialmente cuando vemos, según este estudio, que el bullying o acoso escolar fue reportado por el 38,6% de las estudiantes mujeres y por el 27,2% de los estudiantes varones.

La prevalencia de la respuesta positiva al ítem de haber tenido pensamientos suicidas es otro elemento de gran significancia en los resultados de la presente investigación. Fue reportada por el 31,3% de las mujeres y el 12,6% de los varones, con un promedio general de reporte de pensamiento suicida del 21,95%. Estos datos son similares a los reportados por un estudio realizado en el 2016 en Colombia en 92 jóvenes de 15 a 18 años, el cual concluyó que el 36,9% de la población en estudio poseía niveles entre moderados y altos de ideación suicida⁹¹.

La cifra reportada por las mujeres de la presente investigación es semejante al descrito en ese estudio para la población general; esto no ocurrió en el grupo de varones, en el cual sólo el 12,6% reportó dicho antecedente. Para este estudio, la frecuencia de reporte de pensamiento suicida en el 21,95% de los casos, cifra menor a la descrita por Rodríguez⁹¹.

La aparición de las ideaciones suicidas son un factor que influye directamente en la severidad del riesgo suicida y la prevención de la conducta suicida dependerá del buen manejo de la ideación suicida⁹². Según la Asociación Americana de Psiquiatría (“American Psychiatric Association” en el idioma inglés)⁹³ los deseos de muerte y los pensamientos suicidas aumentan las probabilidades de cometer suicidio en un 12,8% a 15,8%. Es por todo esto que la cifra obtenida en este estudio, de más de la quinta parte de la población estudiada con un reporte positivo de presencia de pensamientos suicidas, es un dato que debe alertar a las autoridades educativas y de salud y que exige acciones prontas y oportunas.

La historia familiar de suicidio sigue siendo un factor que aumenta el riesgo de presentar conducta suicida, primordialmente en el género femenino⁹⁴. La forma en que influye el antecedente familiar sobre el comportamiento suicida no se encuentra clara, puede tener relación con los factores genéticos que influyen en el pobre control de impulsos y con la depresión; podría también tener su explicación en la transmisión del suicidio “por contagio” descrito por Emile Durkheim en 1897.⁹⁵ Un estudio del 2005 reveló que de 457 pacientes que presentaron conductas autolesivas y que tenían una historia familiar positiva de suicidio el 62% eran

mujeres⁹⁶. En el presente estudio, casi la quinta parte de las mujeres (19,7%) refirió tener antecedentes familiares de intento de suicidio; comparado con sólo el 8,7% de los varones que reportaron ese antecedente. Quedó fuera de los objetivos de este estudio conocer más a fondo los detalles de los antecedentes familiares o si dichos antecedentes se trataron de suicidios consumados, pero sí llama mucho la atención que sean las mujeres quienes reporten antecedentes familiares de intento de suicidio en un porcentaje mayor que los varones, siendo además una población no clínica, que no está siendo atendida en el sistema de salud y que no ha referido presentar algún síntoma o conducta suicida.

Un 11,5% de los varones del presente estudio aquejó haber sufrido algún tipo de abuso, ya sea de tipo físico, psicológico o sexual. En Costa Rica, la incidencia de abuso sexual en varones en algún momento de su vida es de alrededor del 12,8%⁹⁷; esta cifra es similar al total de estudiantes que reportaron algún tipo de abuso, y aunque es un porcentaje menor y no contamos con el desglose según el tipo de abuso sufrido, no deja de ser una cifra importante pues los jóvenes víctimas de abuso físico o sexual tienen un alto riesgo de presentar conductas suicidas, especialmente los varones⁹⁸ y para las víctimas de abuso sexual infantil, el riesgo de incurrir en un intento de suicidio es de 3 a 4 veces mayor con respecto a quienes no han sido víctimas de abuso sexual.⁹⁹

En cuanto a los síntomas depresivos contemplados en el cuestionario, se aisló el grupo de estudiantes que presenta síntomas depresivos y comportamiento autolesivo al mismo tiempo y las respuestas de los estudiantes, el tener un “pobre

autoconcepto” fue el que más estuvo relacionado con presentar conductas autolesivas, aumentando en 22 veces el riesgo de haber presentado conductas autolesivas alguna vez en el pasado. Según la literatura, se estima que la baja autoestima aumenta en cuatro veces el riesgo de presentar un comportamiento suicida¹⁰⁰, es por esto que la evaluación del autoconcepto y la autoestima es de gran importancia clínica y en la predicción de la conducta autoagresiva, por lo que es importante tomar en consideración la influencia que tiene el pobre autoconcepto sobre el grupo en estudio.¹⁰¹

La irritabilidad fue otro de los síntomas depresivos más frecuentes detectados por medio del cuestionario aplicado. Usualmente los cuadros depresivos en adolescentes suelen manifestarse con más irritabilidad que tristeza¹⁰², los jóvenes que experimentan irritabilidad y labilidad emocional son mas propensos a atentar contra su vida¹⁰³. En el presente estudio este riesgo aumentado de conductas autolesivas era de 13,5 veces en los jóvenes que afirmaron haber tenido irritabilidad.

Otro síntoma relevante que se detectó a través del cuestionario aplicado fue el tener problemas de sueño, presente en los alumnos que habían tenido conductas autolesivas. Según la literatura, las alteraciones del sueño se contemplan también dentro de los síntomas que precipitan la conducta suicida durante la adolescencia. Un estudio determinó que los adolescentes que presentaban comportamiento autolesivo manifestaron trastornos del sueño alrededor de una semana antes de cometer la autoagresión¹⁰³, en cohesión con este hallazgo una investigación

longitudinal realizada con jóvenes estadounidenses, reportó que los que aquejaban sueño insuficiente presentaban un número mayor de intentos de suicidio.¹⁰⁴

Otro síntoma importante dentro del grupo de estudiantes que realizó el cuestionario es la desesperanza, este es el síntoma depresivo que más influye en la conducta suicida, se manifiesta en el 91% de los pacientes con comportamiento autolesivo y su presencia tiene poder predictivo en la conducta suicida letal y no letal¹⁰⁵, un meta-análisis de 166 estudios longitudinales reveló que la desesperanza aumenta el riesgo de ideación suicida, intento de suicidio y suicidio.¹⁰⁶

Con respecto al pesimismo el riesgo de autolesión fue 3,3 veces mayor en los adolescentes que presentaban pesimismo, de esta misma forma un estudio realizado en Chile mediante la aplicación de la Escala de Desesperanza de Beck detectó que los que tenían más recurrían a conductas autolesivas eran más pesimistas respecto al futuro.¹⁰⁷ Otro estudio realizado en México tuvo el mismo resultado obtenido en este estudio con un riesgo de conducta suicida tres veces mayor en los jóvenes que presentaban pesimismo.¹⁰⁸

La sensación de fracaso y el uso no de medicamentos para dormir no tuvieron relación con la conducta autolesiva en los jóvenes que realizaron el cuestionario,

Respecto al antecedente de autolesión, el 16,7% de los jóvenes afirmó haberse autolesionado al menos una vez en su vida por medio de mecanismos como el “cutting” (48,3%), golpeando objetos contundentes (43,4%), ahorcamiento (6,9%) e ingesta de medicamentos (3,4%); estos datos concuerdan con la “Mental Health

of America”¹⁰⁹ (Salud Mental en America), que afirma que los métodos autolesivos más frecuentemente utilizados son el “cutting” (70-90%), golperarse la cabeza o en otras partes del cuerpo (21-44%) y las quemaduras (15-35%), con respecto a este estudio método del “cutting” es menos frecuente en los jóvenes del Centro Educativo María Inmaculada mientras que en el uso de objetos contundentes para golpearse las cifras son similares.

Mental Health of America también señala que pueden utilizarse más de un mecanismo a la vez y se estima que entre el 13 y 23% de los adolescentes incurrirá en comportamiento autolesivo alguna vez en su vida¹⁰⁹, porcentajes bastantes similares a los encontrados en el presente estudio.

En Costa Rica existe poca información sobre la frecuencia de aparición de los métodos usados para las autolesiones, pero según la opinión de especialistas del Hospital Nacional de Niños, cada semana se reciben al menos 5 jóvenes entre 10 y 15 años que se autolesionan.¹¹⁰

La aplicación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchick a 234 estudiantes de 12 a 17 años del Centro Educativo María Inmaculada, arrojó como resultado que un total de 32,1% de los estudiantes se encuentra en riesgo de cometer en algún tipo de conducta suicida, cifra sumamente alarmante si la comparamos con los datos de otros estudios. En un estudio realizado en Colombia en el año 2013 con adolescentes entre los 15 y 19 años, se encontró un riesgo de conducta suicida de 16,5%¹¹¹, otro estudio realizado también en Colombia con 354 estudiantes con un

promedio de edad de 14,2 años, detectó un riesgo de comportamiento autolesivo en el 11,8%¹¹². Con esta información es posible decir que el riesgo que tienen los estudiantes de este colegio de presentar conductas suicidas es alto en comparación con otros estudios realizados en otras latitudes.

El haber añadido al cuestionario de Plutchick dos preguntas sobre factores de riesgo relevantes para la conducta suicida, quizás sea un elemento que favoreció la detección de este riesgo y que contribuyó a obtener una cifra mayor descrita en la literatura sobre el riesgo suicida en adolescentes. Dichas preguntas involucraron temas que representan factores de riesgo importantes para este grupo etario, estos temas fueron el bullying y el antecedente de algún tipo de abuso. Con respecto al bullying, fue la segunda circunstancia más frecuentemente reportada y con respecto al antecedente de algún tipo de abuso, se ubicó en la cuarta posición de frecuencia entre los varones.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

1. La población de estudio estuvo compuesta por 55,2% de mujeres y 44,8% de hombres, con edades entre 12 y 17 años, con una mayor concentración de alumnos entre los 16 y 17 años y que tenían un promedio de edad de 14,7 años en las mujeres y 14,8 años en los hombres. Cursaban algún nivel académico entre séptimo y duodécimo año de secundaria. La mayoría de los encuestados residían en estos cuatro barrios: Los Corales (14,1%), Bella Vista (13,6%), Los Cocos (9,2%) y Pacuare (8,7%).
2. Los factores de riesgo de suicidio en adolescentes tienen una estrecha relación con los elementos biológicos, familiares, ambientales, socioeducativos, la influencia de amigos y la ingesta de drogas. Según el presente estudio, para ambos géneros se encontró que los factores de riesgo suicida predominantes fueron los conflictos afectivos de pareja, el hostigamiento escolar o bullying dentro de la institución y el pensamiento suicida tanto en mujeres como varones. El antecedente familiar de conducta suicida fue el cuarto factor de riesgo más importante en el género femenino, mientras que el haber sido víctimas de algún tipo de abuso, tanto psicológico, físico o sexual fue el cuarto elemento más frecuente para los varones. De acuerdo con la escala aplicada a los estudiantes del Centro Educativo Maria Inmaculada de Limón, el 32,1% de los estudiantes tiene riesgo de presentar conductas suicidas

3. Los síntomas depresivos más frecuentes que se encontraron en la población de estudio fueron el pobre autoconcepto, la irritabilidad, la desesperanza y las dificultades para conciliar el sueño.

4. Los mecanismos de autolesión más frecuentemente utilizados por el grupo de adolescentes en estudio fueron principalmente el cutting y golpearse con objetos contundentes en alguna parte del cuerpo, seguidos del ahorcamiento y el consumo de medicamentos.

6.2 RECOMENDACIONES

1. De los datos recolectados con la aplicación del cuestionario de riesgo suicida en estudiantes del Centro Educativo Maria Inmaculada de Limón, se logró determinar la necesidad de una intervención interdisciplinaria que involucre a la familia, el sistema educativo y por parte de profesionales en salud mental, con el fin de mejorar los factores protectores y de resiliencia.
2. Propiciar espacios y programas dirigidos a la prevención de conductas de riesgo con el fin de fortalecer la expresión de sentimientos que les generen frustración y disminuir las reacciones que resulten conductas de riesgo suicida y ayudarles a desarrollar habilidades para la resolución de conflictos, aumentar la confianza en sí mismos y el control de impulsos.
3. Capacitar a los profesionales en educación para que logren identificar las conductas de riesgo; los sentimientos de tristeza, la irritabilidad, el bajo rendimiento académico, baja autoestima, trastornos de conducta, uso de sustancias psicoactivas, cuando refieran disfunción familiar o la presencia de “bullying”, para que así puedan valorar riesgos y solicitar apoyo tanto en la familia como al sistema de salud.
4. Organizar charlas preventivas y psicoeducativas a grupos vulnerables de estudiantes y involucrar y orientar a los padres o encargados de familia respecto a comunicación asertiva, reforzamiento de vínculos afectivos en el hogar y

prevención de suicidio, así también capacitarlos para lograr identificar factores de riesgo de conducta suicida.

5. Proponer la creación de un grupo de apoyo a nivel institucional cuyas funciones sean: dar contención a problemas de depresión en adolescentes, educar a los alumnos sobre temas correspondientes a violencia intrafamiliar, acoso, drogadicción, alcoholismo, además de reforzar el aprendizaje escolar y actividades como: juegos, bailes y otros.
6. Tener en el colegio un registro sistematizado de adolescentes que han presentado conductas autolesivas y de riesgo, para coordinar acciones inmediatas y efectivas a través del psicólogo del colegio, haciendo extensiva la intervención al personal de salud mental del centro hospitalario más cercano.
7. Promover enlaces entre las instituciones de educación y el personal de salud mental para un abordaje integral de los grupos de adolescentes en riesgo de conductas autolesivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Barrero S. La conducta suicida en la Biblia. 1st ed. La Habana: Sección de Suicidiología de la AMP; 2004.
2. Amador Rivera, G. (2015). Suicidio: Consideraciones Históricas. [Internet] Scielo.org.bo. [citado 1 febrero 2018] Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v21n2/v21n2_a12.pdf.
3. Sandoval Parra, V. (2017). El crimen de suicidio en la Edad Moderna. 1era ed. Madrid: Dykinson, p.266.
4. Corpas Nogales, J. (2011). Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. [Internet] Ugr.es. [citado 10 febrero 2018]. Disponible en: http://www.ugr.es/%7Epwllac/G27_33JoseManuel_Corpas_Nogales.html
5. Durkheim, E. (1897). El Suicidio. [Internet] Ceiphistorica.com. [citado 8 junio 2018]. Disponible en: <http://ceiphistorica.com/wp-content/uploads/2016/04/Durkheim-%C3%89mile-El-Suicidio.pdf>
6. León Pérez, P., Navarrete Betancort, E. and Winter Navarro, M. (2014) Consideraciones en torno a la muerte voluntaria. [online] Botica.com. ve. [citado 5 abril 2018] Disponible en: <http://botica.com.ve/PDF/muertevoluntB25.pdf>.
7. World Health Organization. (2018). Suicidio. [Internet] WHO [citado 3 enero 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
8. La Gaceta Diario Oficial. (2018). Alcance N. 38. [Internet] Imprentanacional.go.cr. [citado 2 mayo 2018]. Disponible en: http://www.imprentanacional.go.cr/pub/2018/02/22/ALCA38_22_02_2018.pdf
9. Ministerio de Salud de Costa Rica. (2014). Análisis de Situación de Salud Costa Rica. [Internet] Ministeriodesalud.go.cr. [citado el 2 marzo 2018]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costa-rica/file>
10. Ministerio de Salud de Costa Rica. (2014). Costa Rica vigila los intentos de suicidio por primera vez desde el 2013. [Internet] Ministeriodesalud.go.cr. [citado 7 febrero 2018]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/662-noticias-2014/698-costa-rica-vigila-los-intentos-de-suicidio-por-primera-vez-desde-el-2013>
11. Programa de atención integral al adolescente (PAIA). (2013). 1st ed. [ebook] San José, pp.1-5. Disponible en: <https://data.miraquetemiro.org/sites/default/>

files/documentos/Programa_de_atenci%C2%A2n_integral_a_la_adolescencia.pdf [citado 1 marzo 2018].

12. Ministerio de Salud de Costa Rica (2016). Ministerio de Salud insta a medios de comunicación a ejercer cobertura responsable sobre el suicidio. San José: Ministerio de Salud. Oficina de Prensa., p.1. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/noticias/noticias-2016/995-ministerio-de-salud-insta-a-medios-de-comunicacion-a-ejercer-cobertura-responsable-sobre-el-suicidio>
13. Caja Costarricense del Seguro Social. Caja Costarricense de Seguro Social | Blog. (2017). Ccss.sa.cr. [Internet] Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-reforzara-abordaje-de-trastornos-mentales,-de-comportamiento-y-problemas-de-adiccion> [citado 8 de abril de 2018]
14. Ugarte, J. (2017). 7 casitas buscan salvar a jóvenes de la depresión | Crhoy.com. [Internet] crhoy.com. Disponible en: <https://www.crhoy.com/nacionales/7-casitas-buscan-salvar-a-jovenes-de-la-depresion/> [citado 22 abril 2018].
15. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2017). Defunciones | INEC. [Internet] Inec.go.cr. [citado 4 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/poblacion/defunciones>
16. Ministerio de Salud. Boletín Estadístico de Trastornos Mentales Costa Rica, 2015. Disponible en; <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/indicadores-de-salud-boletines/boletin-de-morbilidad/3190-boletin-trastornos-mentales-de-notificacion-obligatoria-2015/file>.
17. Ávalos Á. Niños sin motivación para vivir llegan a hospitales. La Nación [Internet]. 2018 [cited 8 July 2018]; 1. Disponible en: https://www.nacion.com/el-pais/salud/ninos-sin-motivacion-para-vivir-llegan-a/BM3EORACUVH7BBEXC5YSHR7PWY/story/?utm_source=website&utm_medium=feature-last-minute&utm_campaign=metered
18. World Health Organization. (2018). Suicidio. [Internet] WHO [citado 3 enero 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
19. Bedout Hoyos, A. (2008). International Journal of Psychological Research. Panorama Actual del Suicidio: Análisis psicológico y psicoanalítico. Universidad San Buena Aventura. Medellín, Colombia. (pp.53-63). [Internet]. [citado 8 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023508007.pdf>
20. Ramírez Coriano, L. (2016). Etapas de la Adolescencia. [Internet] medicinaysaludpublica.com. Disponible en: <http://www.medicinaysaludpublica.com/etapas-de-la-adolescencia/Conducta-suicida-Trastornos-psiquiatricos>

[citado 5 mayo 2018].

21. Álvarez Ariza, M. et, al (2012). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 1era ed. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, pp.44-45. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
22. Clayton, P. (2017). Conducta Suicida. [Internet] The MSD Manuals. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-cr/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/conducta-suicida-y-autoagresi%C3%B3n/conducta-suicida> [citado 5 Feb. 2018].
23. García-Rábago, H. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. (2010). Revista de Salud Pública, [online] (5), pp.4-5. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219911002>
24. Cascante, S. (2017). 40 de cada 100 personas son hospitalizadas en el Psiquiátrico por depresión. La prensa libre, [Internet] p.1. Disponible en: <https://www.laprensalibre.cr/Noticias/detalle/107547/40-de-cada-100-personas-son-hospitalizadas-en-el-psiquiatico-por-depresion> [citado 22 abril 2018].
25. García-Rábago, H. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. (2010). Revista de Salud Pública, [online] (5), pp.4-5. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219911002>
26. Martínez Vasallo HM. La familia: una visión interdisciplinaria. Rev Méd Electrón [Internet]. 2015 Sep-Oct [citado: 17 febrero 2017];37(5). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2852/1502>
27. World Health Organization. (2018). Suicidio. [Internet] WHO [citado 3 enero 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
28. Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del Suicidio: Un imperativo global. [Internet] Apps.who.int. [citado 4 febrero 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1
29. Bobes García, J., Giner, J. and Saiz Ruiz, J. (2011). Suicidio y psiquiatría. 1era ed. Madrid: Triacastela. Disponible en: http://www.fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf
30. Aguilar, A. (2017). El suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes de Costa Rica. amprensa.com, [Internet] p.1. Disponible en: <http://www.amprensa.com/2017/10/suicidio-la-tercera-causa-muerte-adolescentes-costa-rica/> [citado

3 enero 2018].

31. La Nación. (2014). Depresión, suicidio y mucho más.... [Internet] Nación.com [citado 3 febrero 2018]. Disponible en: <https://www.nacion.com/opinion/foros/depresion-suicidio-y-mucho-mas/JXFBJTV3GVFBVE6NY4RXV43XFI/story/>
32. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estadísticas Vitales 2016. San Jose: INEC; 2017 p. 94.
33. Poder Judicial. Personas fallecidas en Costa Rica por suicidio, 2016. San Jose; 2017 p. 1-32.
34. World Health Organization. (2018). Suicidio. [Internet] WHO [citado 3 junio 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
35. IntraMed. El dramático problema del suicidio en el mundo - Noticias médicas - IntraMed [Internet]. Intramed.net. 2017 [citado 29 junio 2018]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=World Health>
36. Escalante X. Alcance N. 38. La Gaceta [Internet]. 2018 [cited 1 November 2018];:24. Available from: https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2018/02/22/ALCA38_22_02_2018.pdf
37. Ministerio de Salud. Boletín Estadístico de Trastornos Mentales Costa Rica, 2015. Disponible en; <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/indicadores-de-salud-boletines/boletin-de-morbilidad/3190-boletin-trastornos-mentales-de-notificacion-obligatoria-2015/file>.
38. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. 10th ed. 2013.
39. Álvarez Ariza, M. et al. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. 1st ed. [ebook] Madrid: Guías de Práctica Clínica en el SNS, pp.42-45. [citado 6 mayo 2018]. Disponible en: http://www.quiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf
40. Gutiérrez-García, A. and Contreras, C. (2008). El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Primera parte. Salud Mental, 31rst ed. Xalapa, Veracruz, pp.323-324. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n4/v31n4a9.pdf>
41. Gutiérrez García, A. and Contreras, C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. Salud Mental, 29th ed. Distrito Federal, México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, p.69. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58229510.pdf>
42. Lobos Mosqueira, F. (2016). Factores de Riesgo del Suicidio en Chile: Un Análisis a nivel comunal. Tesis para optar al Grado de Magister en Políticas

Publicas. Universidad de Chile. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/142720/Lobos%20Mosqueira%20Francisca.pdf?sequence=1>

43. Elia, J. (2018). Comportamiento suicida en niños y adolescentes - Pediatría - Manual MSD versión para profesionales. [Internet] Manual MSD versión para profesionales. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-cr/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-mentales-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes/comportamiento-suicida-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes> [citado 11 febrero 2018].
44. Vargas, H. and Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. Revista de Neuro-Psiquiatría, [Internet] (75), p.21. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036937004> [citado 18 Feb. 2018].
45. Gutiérrez-García, A. and Contreras, C. (2008). El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Primera parte. Salud Mental, 31st ed. Xalapa, Veracruz, pp.323-324. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n4/v31n4a9.pdf>
46. Van Heeringen, K. (2003). The Neurobiology of Suicide and Suicidality. The Canadian Journal of Psychiatry, (5), pp.292-300. Disponible en: <http://www1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2003/june/heeringen.pdf>
47. Álvarez Ariza, M. et, al (2012). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 1^{er} ed. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, pp.57-70. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf.
48. Medina Cano, A. (2017). Factores Psicosociales Asociados a La Conducta Suicida En Ad. Avances en Psicología: Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades, [Internet] (1), pp.49-56. [citado 5 mayo 2018]. Disponible en: <http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2017/CECAR.pdf>
49. Ministerio de Educación Pública. Protocolo de actuación en situaciones de bullying. (2015). 1st ed. [ebook] San José: Dirección de Vida Estudiantil, pp.6-11. [citado 20 abril 2018]. Disponible en: <https://www.unicef.org/costarica/Documento-Protocolo-Bullying.pdf>
50. OECD (2017), PISA 2015 Results (Volume III): Students' Well-Being, PISA, OECD Publishing, Paris. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264273856-en>
51. Villalobos Parra, L. (2013). "Bullying" como Posible Factor de Riesgo de Conductas Autolesivas o Suicidas en Víctimas Infantiles y Adolescentes. Tesis para optar por grado y título de especialista en Psiquiatría. Universidad de Costa Rica. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis47.pdf>

52. Álvarez Ariza, M. et, al (2012). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 1era ed. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
53. Bobes García, J., Giner, J. and Saiz Ruiz, J. (2011). Suicidio y psiquiatría. 1era ed. Madrid: Triacastela. Disponible en: http://www.fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf
54. Fundación CADAH. Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y la conducta. (2016). DSM – V [Internet] Fundacioncadah.org. [citado 4 mayo 2018]. Disponible en: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/trastornos-disruptivos-del-control-de-los-impulsos-y-la-conducta.html>
55. Glosarios especializados. (2018). Acting out (Psicología). [Internet] [citado 11 mayo 2018]. Disponible en: <https://glosarios.servidor-alicante.com/psicologia/acting-out>
56. Blanco, J. (2015). Adolescencia y Acting Out: El Intento de suicidio. 5th ed. [ebook] La Plata: Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, pp.1-10. [citado 11 mayo 2018]. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/56605/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1
57. Coryell, W. (2018). Trastornos depresivos - Trastornos psiquiátricos. [Internet] Manual MSD versión para profesionales. [citado 5 mayo 2018]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>
58. Elia, J. (2018). Trastornos depresivos en niños y adolescentes - Pediatría. [Internet] Manual MSD versión para profesionales. [citado 5 mayo 2018]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-cr/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-mentales-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes/trastornos-depresivos-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes>
59. Fontana Hernández, A, et al. El apoyo familiar en el proceso de integración educativa de estudiantes con necesidades educativas en condición de discapacidad. (2009). [Internet] Educare, (2), pp.17-35. [citado 13 mayo 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1941/194114401003.pdf>
60. Santiago, S. (2015). El desarrollo afectivo: Concepto. Desarrollo emocional y sus influencias en el desarrollo general del niño/a. Características de la afectividad infantil. El vínculo niño/a-madre. La conducta de Apego. La afectividad en la teoría de Piaget, Wallon, Freud. Conflictos afectivos en la primera infancia. | Oposinet. [Internet] Oposinet.com. [citado 29 abril 2018]. Disponible en: <https://www.oposinet.com/temario-tecnico-educacion-infantil/temario-1-tecnico->

de-educacion-infantil/tema-12-el-desarrollo-afectivo-concepto-desarrollo-emocional-y-sus-influencias-en-el-desarrollo-general-del-nioa-caractersticas-de-la-afectividad-infantil-el-vinculo-nio/

61. Álvarez Ariza, M. et, al (2012). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 1era ed. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, pp.30-35. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
62. Cayon, A. (2017). Día Mundial para la Prevención del Suicidio 2017: Tómate un minuto, cambia una vida | OPS OMS. [Internet] Pan American Health Organization / World Health Organization. [citado 10 mayo 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13540%3Aworld-suicide-prevention-day-2017&catid=9347%3Aworld-suicide-prevention-day&Itemid=42406&lang=es
63. Fontana Hernández, A, et al. El apoyo familiar en el proceso de integración educativa de estudiantes con necesidades educativas en condición de discapacidad. (2009). [Internet] Educare, (2), pp.22-23. [citado 13 mayo 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1941/194114401003.pdf>
64. Ministerio de Educación Pública. Protocolo de actuación en situaciones de bullying. (2015). 1st ed. [ebook] San José: Dirección de Vida Estudiantil, [citado 20 abril 2018]. Disponible en: <https://www.unicef.org/costarica/Documento-Protocolo-Bullying.pdf>
65. Rodríguez I. 'Casitas' escuchan a niños y jóvenes para evitar suicidios en Talamanca, Sixaola y Limón [Internet]. nación.com. 2018 [citado 3 julio 2018]. Disponible en: <https://www.nacion.com/ciencia/salud/casitas-escuchan-a-ninos-y-jovenes-para-evitar/B2I3ZDU63BCGBEELPFYP3KCQP4/story/>
66. Forero, I. Siabato, E. & Salamanca, Y. (2017). Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 15(1), pp. 431-442. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v15n1/v15n1a28.pdf>
67. Silva G. Anne Frank y su capacidad de resiliencia [Internet]. Desarrollo emocional del ser humano. 2017 [citado 16 junio 2018]. Disponible en: <http://gabrielasilva.com.mx/anne-frank-y-su-capacidad-de-resiliencia/>
68. Sánchez Teruel D, Robles Bello M. Factores protectores que promueven la resiliencia antes el suicidio en adolescentes y jóvenes [Internet]. 3rd ed. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos; 2014 [citado 2 junio 2018]. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2438.pdf>
69. Urzúa R. Conductas de riesgo adolescentes y factores protectores [Internet].

1era ed. Santiago, Chile; 1997 [citado 8 junio 2018]. Disponible: https://www.researchgate.net/profile/Ramon_Florenzano/publication/31744415_El_adolescente_y_sus_conductas_de_riesgo_R_Florenzano_Urzua/links/5558e73608ae980ca610581a/El-adolescente-y-sus-conductas-de-riesgo-R-Florenzano-Urzua.pdf

70. Silva G. Anne Frank y su capacidad de resiliencia [Internet]. Desarrollo emocional del ser humano. 2017 [citado 16 junio 2018]. Disponible en: <http://gabrielasilva.com.mx/anne-frank-y-su-capacidad-de-resiliencia/>
71. Uriarte Arciniega J. La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. Revista de Psicodidáctica [Internet]. 2005 [citado 16 junio 2018];(2):61-79. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/175/17510206.pdf>
72. Álvarez Ariza, M. et al. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. 1st ed. [ebook] Madrid: Guías de Práctica Clínica en el SNS, pp.111-137. [citado 6 mayo 2018]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf
73. Álvarez Ariza, M. et al. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. 1st ed. [ebook] Madrid: Guías de Práctica Clínica en el SNS, pp.42-45. [citado 6 mayo 2018]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf
74. Aguiar Andrade, E. and Acle-Tosamani, G. (2012). Resiliencia, factores de riesgo y protectores en adolescentes mayas de Yucatán: Elementos para favorecer la adaptación escolar. Redalyc, [Internet] (2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/798/79825836002.pdf> [citado 29 abril. 2018].
75. Álvarez Ariza, M. et, al (2012). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 1era ed. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
76. Santana Campas M, Santoyo Telles F. Propiedades psicométricas de la escala de riesgo suicida de Plutchick en una muestra de jóvenes mexicanos privados de libertad. 1st ed. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2018.
77. Rangel Garzón C, Suárez Beltrán M, Escobar Córdoba F. Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. Revista de la Facultad de Medicina [Internet]. 2015 [cited 21 November 2018];(63):707-716. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/50849/54062>
78. Castaño Castrillón J, Constanza Cañón S, Betancur Betancur M. Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la universidad nacional de Colombia sede Manizales. Scielo [Internet]. 2015 [cited 21 November 2018];(11):195. Available from:

<http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v11n2/v11n2a03.pdf>

79. Cuestionario para la detección de riesgo suicida en adolescentes, adaptado de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchick
80. Chan M. Preventing suicide A global imperative [Internet]. 1st ed. Luxembourg: OMS; 2018 [cited 31 October 2018]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=628FCE5258D660FBC730B11C61FE2C67?sequence=1
81. Painuly N, Sharan P, Mattoo S. Relación de la ira y los ataques de ira con la depresión. 45th ed. Barcelona: Revista de Toxicomanías; 2005.
82. González Cifuentes C. 3rd ed. Bogotá: Universidad de San Buenaventura. 2009.
83. Escalante X. Alcance N. 38. La Gaceta [Internet]. 2018 [cited 1 November 2018];:24. Available from: https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2018/02/22/ALCA38_22_02_2018.pdf
84. Ministerio de Salud. Boletín Estadístico de Trastornos Mentales Costa Rica, 2015. Disponible en; <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/indicadores-de-salud-boletines/boletin-de-morbilidad/3190-boletin-trastornos-mentales-de-notificacion-obligatoria-2015/file>.
85. Instituto Nacional de Estadística y Censos. X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2011. San Jose: INEC; 2018.
86. Una revisión sistemática de los determinantes de la violencia que afectan a niños, niñas y adolescentes:. 1st ed. San Jose: Patronato Nacional de la Infancia; 2017.
87. Chan M. Preventing suicide A global imperative [Internet]. 1st ed. Luxembourg: OMS; 2018 [cited 31 October 2018]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=628FCE5258D660FBC730B11C61FE2C67?sequence=1
88. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes [Internet]. 2015 [cited 31 October 2018];(3):9-18. Available from: http://www.revistapcna.com/sites/default/files/mosquera_2016_revision_critica_conducta_suicida.pdf
89. Carballo Belloso J, Gómez Peñalver J. Relación entre el bullying, autolesiones, ideación suicida e intentos autolíticos en niños y adolescentes. Revista de Estudios de Juventud [Internet]. 2017 [citado 7 julio 2018]; (115):207-218. Disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/42/publicaciones/documentos_12_

relacion entre el bullying autolesiones ideacion suicida e intentos autoliticos en ninos.pdf

90. Rodríguez I. 'Bullying' es una de las principales causas de suicidio en jóvenes. La Nación [Internet]. 2014 [citado 23 June 2018];1. Disponible en: <https://www.nacion.com/ciencia/salud/bullying-es-una-de-las-principales-causas-de-suicidio-en-jovenes-ticos/3D3XIYVLR5FQZKRDBUYVVYALVA/story/>
91. Varengo J. Ideación Suicida en Adolescentes [Licenciatura en Psicología]. Universidad Siglo 21; 2016.
92. Álvarez Ariza, M. et, al (2012). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 1era ed. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, pp.30. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
93. Kaslow N. Suicidal behavior in children and adolescents. Presentation presented at; 2014; <http://www.apa.org/about/governance/president/suicidal-behavior-adolescents.pdf>.
94. Álvarez Ariza, M. et, al (2012). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 1era ed. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, pp.63. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
95. Durkheim, E. (1897). El Suicidio. [Internet] Ceiphistorica.com. [citado 8 junio 2018]. Disponible en: <http://ceiphistorica.com/wp-content/uploads/2016/04/Durkheim-%C3%89mile-EI-Suicidio.pdf>
96. Mann J, Bortinger J, Oquendo M. Family History of Suicidal Behavior and Mood Disorders in Probands With Mood Disorders. The American Journal of Psychiatry [Internet]. 2005 [cited 28 November 2018];. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.162.9.1672>
97. Una revisión sistemática de los determinantes de la violencia que afectan a niños, niñas y adolescentes: 1st ed. San Jose: Patronato Nacional de la Infancia; 2017.
98. Álvarez Ariza, M. et, al (2012). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 1era ed. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, pp.103. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
99. Pérez González A. Revisión sistemática de la prevalencia de ideación y conducta

suicida en menores víctimas de abuso sexual. 4th ed. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2015.

100. Sanchis Cordellat F, Domènech-Llaberia E. Ideación y conducta suicida en los jóvenes. 21st ed. Barcelona: Revista de psicoterapia; 2010.
101. Ibáñez Aguirre C. Claves psicopatológicas de las conductas autoagresivas en la adolescencia. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes [Internet]. 2017 [cited 25 November 2018];(4):65-70. Available from: <http://www.revistapcna.com/sites/default/files/16-07.pdf>
102. Álvarez Ariza, M. et, al (2012). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 1era ed. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, pp.219. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
103. Benarous X, Consoli A, Cohen D. Suicidal behaviors and irritability in children and adolescents: a systematic review of the nature and mechanisms of the association. 27th ed. European Child & Adolescent Psychiatry; 2018.
104. Martín del Campo A, González C, Bustamante J. El suicidio en adolescentes. 4th ed. Mexico D.F: ELSEVIER; 2013.
105. Álvarez Ariza, M. et, al (2012). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 1era ed. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, pp.60. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
106. 12. K. Nock M, Borges G, J. Bromet E. Suicide and Suicidal Behavior. 1st ed. PMC; 2008.
107. Cortina E. E, Peña O. M. Factores psicológicos asociados a intentos de suicidio en jóvenes. 1st ed. Valle de Aburrá: Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Departamento de Psicología; 2009.
108. De Alba Agredano M, Castellanos Valencia A, Sánchez Loyo L. Riesgo Suicida y Síntomas Depresivos en Padres de Hijos con Enfermedad Neuromuscular. 1st ed. Mexico D.F: Acta de investigación psicológica; 2015.
109. Mental Health America Self-injury (Cutting, Self-Harm or Self-Mutilation) [Internet]. MHA. 2018 [citado 8 julio 2018]. Disponible en: <http://www.mentalhealthamerica.net/self-injury>
110. Rodríguez I. Hospital de Niños recibe a diario a jóvenes que se autolesionan – Costa Rica [Internet]. Sociedad Internacional de Autolesión. 2018 [cited 25 November 2018]. Available from:

<http://www.autolesion.com/2017/10/27/hospital-ninos-recibe-diario-jovenes-se-autolesionan-costa-rica/#>

111. Aguirre Flórez D, Cataño Castrillón J, Constanza Cañón S. Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. Revista de la Facultad de Medicina [Internet]. 2005 [cited 30 November 2018];(63):1. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/44205/52347>
112. Latorre Á, Melissa J, Buitrago C. Factor de riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de una institución educativa d e Palestina-Caldas. 2nd ed. Caldas: Universidad de Manizales; 2012.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social.
CNA	Código de la Niñez y la Adolescencia.
CNNA	Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia.
IAFA	Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia.
ICODER	Instituto Costarricense de Deporte y Recreación.
ILAIS	Instancia Local para el Abordaje Integral del Riesgo Suicida.
INA	Instituto Nacional de Aprendizaje.
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censo.
IMAS	Instituto Mixto de Ayuda Social.
MEP	Ministerio de Educación Pública.
MS	Ministerio de Salud.
MTSS	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
MT	Municipalidad de Talamanca.
OATIA	Oficina para la Atención y Erradicación del Trabajo Infantil y Protección de la Persona Adolescente Trabajadora.
OIJ	Organismo de Investigación Judicial.
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PANI	Patronato Nacional de la Infancia.

STSM Secretaría Técnica de Salud Mental del Ministerio de Salud.

UCR Universidad de Costa Rica.

UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

UNESCO Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la
Cultura.

UNFPA El Fondo de la Población de las Naciones Unidas.

A N E X O S

Cuestionario de riesgo suicida en adolescentes

Nombre: (Siglas): _____

Sexo: 1. Femenino () 0. Masculino ()

Edad (años cumplidos): _____

Grado académico: _____

Tiene hijos: 1. Si () 0. No ()

Lugar de residencia: _____

Con quién vive: (Marque una sola opción de respuesta)

1. () Madre solamente 2. () Madre solamente y hermanos 3. () Padre solamente
4. () Padre solamente y hermanos 5. () Padre, Madre y hermanos 6. () Madre, hermanos y otros familiares
7. () Padre, hermanos y otros familiares 7. () Madre, Padre, hermanos y otros familiares 8. Otras: _____

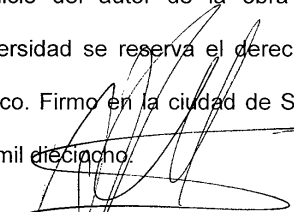
INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que verdaderamente ha sentido o hecho. Por favor marque con una x la respuesta que considere es su situación.

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir? 1. Si () 0. No ()
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño? 1. Si () 0. No ()
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a? 1. Si () 0. No ()
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente? 1. Si () 0. No ()
5. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible? 1. Si () 0. No ()
6. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo? 1. Si () 0. No ()
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza? 1. Si () 0. No ()
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo? 1. Si () 0. No ()
9. ¿Se siente deprimido/a ahora? 1. Si () 0. No ()
10. ¿Ha terminado usted alguna relación sentimental? 1. Si () 0. No ()
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez? 1. Si () 0. No ()
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de herir a alguien? 1. Si () 0. No ()
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse? 1. Si () 0. No ()
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que ha querido suicidarse? 1. Si () 0. No ()
15. ¿Ha intentado alguna vez autolesionarse? 1. Si () 0. No ()
16. ¿De qué forma lo ha hecho? _____
17. ¿Ha sufrido algún tipo de abuso o agresión? 1. Si () 0. No ()
18. ¿Considera que ha sido víctima de bullying? 1. Si () 0. No ()

Muchas gracias por su colaboración

DECLARACIÓN JURADA

Yo, **Andrey Joaw Reid Sing**, mayor, portador de cédula de identidad número 1-1464-0964, en condición de egresado de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjuicio, declaro bajo la fe de juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación para optar por el título de **LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA** titulado “**FACTORES DE RIESGO QUE PREDISPONEN A LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 17 AÑOS EN EL CENTRO EDUCATIVO MARIA INMACULADA DE LIMÓN EN EL MES DE OCTUBRE 2018**” es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las leyes penales así como la ley de Derechos de Autor y Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982. Especialmente en el numeral 70 de dicha ley en el que establece. “Es permitido citar un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada hay sustancias que redunde en perjuicio del autor de la obra original” asimismo conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante notario público. Firmo en la ciudad de San José a los 12 días del mes de diciembre del dos mil diecinueve.


Firma del estudiante
Andrey Joaw Reid Sing

CARTA DEL TUTOR

CARTA DEL TUTOR

San José, 10 de diciembre de 2018.

Universidad Hispanoamericana
Medicina y Cirugía

Estimados señores:

El estudiante Andrey Joaw Reid Sing, cédula de identidad número 114640964, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "**Factores de riesgo que predisponen a la conducta suicida en adolescentes entre 12 y 17 años en el Centro Educativo María Inmaculada de Limón en el mes de octubre 2018**", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	18
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	19
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	19
	TOTAL		96

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,

**MERIANA
PORRAS
MARIN
(FIRMA)**

Dra. Meriana Porras Marín
Cédula identidad 110940659
Carné Colegio Profesional MED8304

Firmado digitalmente por MERIANA PORRAS MARIN (FIRMA)
DN: SERIALNUMBER=CPF-01-109-40659, SURNAME=PORRAS, GIVENNAME=MERIANA, CN=PERSONA FISICA, OU=CIUDADANO, C=COSTARRICA, MERIANA PORRAS MARIN (FIRMA)
Razón: Me firmo en este documento suplenente al inscripción de los términos y condiciones
Ubicación: San José, Costa Rica
Fecha: 2018.12.10 14:18:09
File: PdfSignerPDF Version: 9.2.0

CARTA DEL LECTOR

San José, 16 de enero del 2019

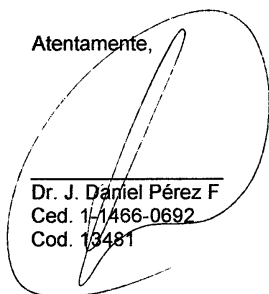
Srs.
Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

El estudiante: **Andrey Joaw Reid Sing**; cédula de identidad número: 114640964, me ha presentado, para efectos de revisión, el trabajo de investigación denominado: **"FACTORES DE RIESGO QUE PREDISPONEN A LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 17 AÑOS EN EL CENTRO EDUCATIVO MARIA INMACULADA DE LIMÓN EN EL MES DE OCTUBRE 2018"**. El cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con mi aval para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,



Dr. J. Daniel Pérez F
Ced. 1-1466-0692
Cod. 13481

CARTA DEL FILÓLOGO

San José, 16 de enero de 2019

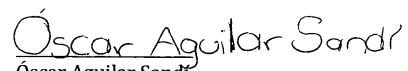
Escuela de Medicina y Cirugía
Universidad Hispanoamericana
Sede Barrio Aranjuez

A quien interese

Estimados señores/as:

Por este medio hago constar que he completado con éxito la revisión filológica del trabajo final de graduación titulado *Factores de riesgo que predisponen a la conducta suicida en adolescentes entre 12 y 17 años del Centro Educativo María Inmaculada de Limón en el mes de octubre 2018*, de la autoría del estudiante Andrey Joaw Reid Sing, para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

Cordialmente,



Óscar Aguilar Sandr

Filólogo - Asesor Lingüístico

Céd. 1-1044-0688

Carné del Colegio de Licenciados y Profesores en Letras # 026682

