

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Enfermería

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA IDEACIÓN
SUICIDA EN ADOLESCENTES ENTRE LAS EDADES DE 12
A 19 AÑOS DE LOS COLEGIOS DEL CANTÓN DE
ALAJUELITA EN EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2016**

Estudiante:
Pablo Trejos Vargas

2017

TABLA DE CONTENIDOS

PRÓLOGO.....	vi
CAPÍTULO I.....	1
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema	2
a) Antecedentes	2
b) Descripción del problema.....	10
c) Delimitación del problema	12
d) Justificación.....	13
1.2 PROBLEMACENTRAL.....	17
1.3 OBJETIVO GENERAL	17
1.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES.....	17
1.4.1 Alcances	17
1.4.2 Limitaciones	18
CAPÍTULO II	19
MARCO TEÓRICO.....	19
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO	20
2.1.1 Contexto histórico de los suicidios	20
2.1.2 Contexto histórico del cantón de Alajuelita	24
CONTEXTO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	25
2.2.1 La adolescencia.....	25
2.2.2 Suicidio	27
2.2.2.1 Manifestaciones suicidas	31
2.2.3 Teorías explicativas del suicidio.....	34
2.2.3.1 Teoría del suicidio de Durkheim	34
2.2.4 Métodos suicidas	36
2.2.4.1 Asfixias.....	37

2.2.4.2	Grandes traumatismos	37
2.2.4.3	Intoxicaciones.....	38
2.2.5	Concepto de factores de riesgo.....	38
Factores de riesgo suicida.....		39
Factores no modificables.....		52
Factores modificables.....		52
Depresión/ansiedad.....		52
Ideación suicida.....		53
Factores precipitantes.....		53
Creencias.....		53
Factores protectores		53
2.2.6	Teorizante de Enfermería	61
Modelo de Joyce Travelbee de relación persona a persona		61
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO		65
3.1	Tipo de investigación	66
3.2	Área de estudio.....	66
3.2.1	Unidad de análisis	66
3.2.2	Fuentes	66
3.2.2.1	Primarias.....	66
3.2.2.2	Secundarias.....	67
3.3	Población y Muestra.....	67
3.4	Técnicas e instrumento.....	67
3.5	Definición de operacionalización de variables.....	69
CAPÍTULO IV.....		74
ANÁLISIS DE RESULTADOS		74
CAPÍTULO V		100
CONCLUSIONES.....		101
RECOMENDACIONES		103
BIBLIOGRAFIA.....		106
ANEXOS.....		110

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribución de estudiantes entrevistados según colegio.....	76
Gráfico 2: Distribución de estudiantes entrevistados según sexo.....	77
Gráfico 3: Distribución de estudiantes según etnia.....	78
Gráfico 4: Distribución de estudiantes según nacionalidad.....	79
Gráfico 5: Distribución de estudiantes según edad.....	80
Gráfico 6: Distribución de estudiantes según estado civil.....	81
Gráfico 7: Distribución de estudiantes según tipo hogar.....	82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Promedio de puntajes de riesgo suicida según características sociodemográficas. Alajuelita, Costa Rica, 2016.....	83
Tabla 2. Promedio de puntajes de factores de riesgo no modificables según características sociodemográficas. Alajuelita, Costa Rica, 2016.....	85
Tabla 3. Promedio de puntajes de factores modificables según características sociodemográficas. Alajuelita, Costa Rica, 2016.....	87
Tabla 4. Promedio de puntajes de depresión/ansiedad según características sociodemográficas. Alajuelita, Costa Rica, 2016.....	89
Tabla 5. Promedio de puntajes de ideación suicida según características sociodemográficas. Alajuelita, Costa Rica, 2016.....	91
Tabla 6. Promedio de puntajes de los factores precipitantes según características sociodemográficas. Alajuelita, Costa Rica, 2016.....	93
Tabla 7. Promedio de puntajes de creencias según características sociodemográficas. Alajuelita, Costa Rica, 2016.....	95
Tabla 8. Promedio de puntajes de factores protectores según características sociodemográficas. Alajuelita, Costa Rica, 2016.....	97
Tabla 9. Promedio de puntaje de riesgo suicida según características sociodemográficas. Alajuelita. Costa Rica, 2016.....	99

PRÓLOGO

El presente estudio consiste en determinar los factores de riesgo asociados a la ideación suicida en adolescentes de 12 a 19 años de los colegios del cantón de Alajuelita, durante el segundo semestre del 2016. El fenómeno suicida se ha convertido en un problema de salud pública no solo por lo que representa para las familias la muerte de una persona, o por los años de vida productivos perdidos, sino también porque en muchos de los casos las defunciones pudieron ser prevenidas, el dolor mitigado y el sufrimiento personal abordado hasta encontrar niveles de estabilidad emocional compatibles con la vida. La ideación suicida en los adolescentes era considerado poco común en esta población y mucho menos llegar al intento y llegar a consumarse, esta problemática ha ido en ascenso en los últimos años y en la actualidad en los adolescentes.

La metodología para realizar la investigación es cuantitativa ya que se fundamenta en aspectos observables y susceptibles de cuantificar, y utiliza las estadísticas para el análisis de datos y también utiliza la metodología empírica analítica, dicho estudio es de tipo descriptivo y no experimental. Las dimensiones utilizadas en este estudio son: factores modificables, factores no modificables, depresión/ansiedad, factores de ideación suicida, factores precipitantes, factores de creencias y factores protectores. Dichas dimensiones se encuentran incluidas en el instrumento versión abreviada del TEST IRSA utilizado para la recolección de datos.

El suicidio puede ser un acto que desarrolle el adolescente a través de diversas formas o medios como lo son los más frecuentes, armas de fuego, por ahorcamiento, intoxicación

entre otros. El suicidio puede iniciar con una depresión, pero en los adolescentes puede ser desencadenado por factores a nivel familiar principalmente.

Las manifestaciones que presenta el adolescente es deseo de morir en algunos casos, también pueden mostrar frustración, ira, enojo con padres o familiares, agresividad, pensamientos de autodestrucción, por lo que es importante observar el comportamiento del joven previniendo el acto suicida.

Esta investigación es de suma importancia en el cantón de Alajuelita, ya que un estudio realizado en Costa Rica entre los años 2009-2014 evidencia que Alajuelita es un cantón de riesgo por el aumento de casos de suicidio lo cual han sido de 10 casos donde lo esperado es de 4.

La detección temprana de factores de riesgo es de suma importancia lo que es recomendable mantener un conocimiento de las causas de esta problemática y tener un tratamiento adecuado.

La adolescencia es una de las etapas de mayor dificultad para las personas debido a los diferentes cambios físicos, emocionales, conductuales y sociales. El adolescente debe enfrentar la realidad del núcleo familiar, en muchos casos marcada por conflictos entre sus padres o cuidadores durante su infancia.

Es por lo anteriormente expuesto que el desarrollo de esta investigación se encuentra estructurado de la siguiente manera:

En el **capítulo I**: se encuentra la introducción, el problema de investigación y la importancia de resolverlo, ubicándolo en el contexto, lo cual sirve de sustento teórico en la

justificación del tema de investigación. Además, se plantean los objetivos; general y específicos que sustentan el estudio, así como también los alcances de esta investigación.

El **capítulo II:** contiene las bases conceptuales de la investigación, donde se realiza un análisis objetivo y sistemático de la información encontrada en las diferentes fuentes, tanto escritas como de la red, lo que constituye el marco referencial. Se toman en cuenta las diferentes investigaciones relacionadas con el tema, realizados a nivel internacional.

El **Capítulo III:** corresponde a la metodología que incluye las variables, indicadores y categorías metodología investigación documental investigación de campo, muestra, recolección de datos limitantes en la recolección de datos, descripción de los instrumentos para la recolección y sistematización de datos.

En el **Capítulo VI:** se muestra el análisis e interpretación de los datos, en donde se analizaron y se interpretaron los datos obtenidos tras la aplicación de las encuestas a los estudiantes del colegio.

En el **Capítulo V:** se observan las conclusiones y recomendaciones, en donde se brindan las conclusiones de acuerdo con los objetivos y el problema en estudio, también se reflejan una serie de recomendaciones para seguir por parte de los estudiantes, profesionales en enfermería, Ministerio de Salud, entre otros.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

a) Antecedentes

Es bien conocido el problema complejo que presenta la adolescencia tanto en el orden biológico como en el psicológico y social. Se conceptúa como una fase de la vida humana en la que cambios profundos llevan a metamorfosear al niño en adulto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) citado por Rahola¹ la adolescencia presenta consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. Esta fase abarca de los 14 a los 18 en la fase de adolescencia propiamente dicha, pero las dificultades para incorporarse al mundo del trabajo hacen que en muchas ocasiones se prolongue hasta los 25. Se define una pre-adolescencia o temprana de los 10 a los 13 años y otra tardía de los 19 a los 25. La revolución que ha representado el intercambio rápido de información, los viajes y el desarrollo de los medios de comunicación han variado y complicado lo que fue el fenómeno de la adolescencia hasta los años 50 o 60 del pasado siglo.

Rahola¹ considera que se produce una falta de armonía debida a un desajuste entre el desarrollo corporal, el intelectual y el emocional; todo lo cual puede llevar a no pocos conflictos y a menudo a conductas de riesgo. Dicho de otra manera: adolescencia y crisis van de la mano. La adolescencia se caracteriza por una serie de factores, entre los cuales, los más importantes son: adopción de opiniones propias con las que el individuo afianza su independencia y separación de las del núcleo familiar, transgresión de las normas impuestas por los adultos, necesidad de experimentación e integración en un grupo de amigos¹.

Durante esta etapa existe un sentimiento de omnipotencia y la falta de conciencia de peligro se da la creencia de ser invulnerables, de donde nacen comportamientos de riesgo

que conllevan, entre otros, resultados tales como: accidentes, embarazos, enfermedades de transmisión sexual, suicidios y drogadicción. Se considerarán factores de riesgo: la conducta agresiva precoz, la falta de supervisión de los padres, el abuso de sustancias, la disponibilidad de las drogas y la pobreza entre los que mayor peligro presentan. La suma de riesgos aumenta la probabilidad de que el adolescente abuse de las drogas¹.

A continuación se exponen estudios relacionados con la temática tanto a nivel nacional como internacionalmente.

Antecedentes internacionales

El estudio de Arias de la Torre² el suicidio, además de constituir un drama de la existencia humana, en muchos países es un problema de salud. El objetivo de esta investigación fue identificar los factores de riesgo, asociados al intento suicida en adolescentes del policlínico “René Vallejo” del municipio de Bayamo en el año 2013. Se realizó un estudio de casos y controles, utilizando como universo los 43 casos que realizaron intento suicida en ese año. El grupo de casos fueron 37 adolescentes que realizaron el intento suicida y el de control, 74 adolescentes que fueron seleccionados a razón de 1:2, quedando conformado por aquellos adolescentes con características análogas a los primeros, pero que nunca intentaron suicidarse, pareados por edad, sexo y barrio. Predominó el sexo femenino, las edades de 16 a 19 años y los que cursan estudios preuniversitarios. La ideación suicida se observó en el 100 % de los casos.

El antecedente familiar de depresión elevó a más de catorce veces el riesgo; las malas relaciones con los padres eleva a más de diez veces el riesgo; en los problemas de pareja a más de veinte veces; las malas relaciones con los compañeros aumenta el riesgo a más de

treinta veces y el antecedente de suicidio en la familia eleva a más de cinco veces el riesgo suicida. Como conclusión de esta investigación se tiene que los factores de riesgo con mayor asociación estadística al intento suicida fueron la ideación suicida, la ansiedad, la depresión en la familia, las malas relaciones con los padres, problemas con la pareja, las malas relaciones con los compañeros y el antecedente de suicidio consumado en la familia.

Por su parte, la pesquisa realizada por Hernández, Eiranova y López³, consistió en un estudio observacional, descriptivo y transversal en el Hospital Infantil Norte Docente "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira" de la provincia de Santiago de Cuba en el 2010, a fin de describir los factores relacionados con la conducta suicida en 26 de 31 adolescentes de 11 a 17 años, atendidos en dicha institución durante ese período. Se halló que el grupo más afectado fue el de 14-15 años, con primacía del sexo femenino. Entre los factores de riesgo predominantes figuraron, por citar los principales en la casuística: los maltratos físicos y psicológicos como las humillaciones efectuadas por los propios padres; la falta de redes de apoyo familiar en la mayoría de ellos; la ausencia de solución de sus problemas; la ingestión de medicamentos para suicidarse, fundamentalmente psicofármacos, así como la depresión y el consumo de alcohol como antecedentes patológicos familiares.

En Cuba, López y Miranda⁴, demostró que la mayor incidencia del intento suicida se obtuvo de 54 adolescentes comprendidos entre edades de 14 -16 años, los resultados más sobresaliente entre estas edades indican una tendencia más acentuada a dañarse a sí mismos, atribuible a la mal llamada "crisis de la adolescencia", que suele acompañarse de conflictos y trastornos emocionales. El sexo femenino presenta sentimientos de desesperanza y poca habilidad para resolver problemas y síntomas que puede desarrollar el joven como los estados depresivos.

La OMS en el año 2012 menciona que más de 800 000 personas se suicidan cada año, lo que representa una muerte cada 40 segundos. El suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según la edad, de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres). Sin embargo, como el suicidio es un asunto sensitivo, incluso ilegal en algunos países, muy probablemente exista sub-notificación. En los países con buenos datos de registro civil, el suicidio puede estar mal clasificado como muerte por accidente o por otra causa⁵.

La OMS menciona que el suicidio no solo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. Para el año 2012 el 75% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos.

Se estima que alrededor de un 30% de todos los suicidios se cometen por autointoxicación con plaguicidas, y la mayoría de ellos tiene lugar en zonas rurales agrícolas de países de ingresos bajos y medianos. Otros métodos comunes de suicidio son el ahorcamiento y las armas de fuego. En los países desarrollados se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la mujer es mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer. A nivel mundial, los suicidios representan un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres⁵.

Por otro lado, en el estudio elaborado por Villalobos⁶ se consideró una población de estudiantes en San Juan de Pasto Colombia se identificó una variedad importante de factores de riesgo, principalmente en la etapa adolescente de tipo familiar, económico,

social, emocional, relacional, de personalidad, genético, entre otros. Con este estudio se demostró que el suicidio es una problemática de salud pública internacional donde se registró un caso por cada cuatro intentos suicidas en adolescentes. Esta situación de subregistro lleva a estimaciones que afirman que por cada suicidio consumado pudo haber existido 10, 18 o hasta 20 intentos no registrados.

Se afirmó que los intentos suicidas van en aumento de acuerdo con los datos brindados por los estudiantes de San Juan de Pasto de Colombia con un 27% de los casos con edades entre 15 a 19 años, donde muestra que el intento de suicidio y el suicidio consumado son problemáticas que afectan principalmente el periodo de adolescencia y adultez. Al igual que los estudios anteriores este reflejo que las mujeres tendieron a presentar intentos de suicidio a edades más tempranas y con mayor frecuencia que los hombres⁶.

El estudio realizado por Quiroz, Vianchá, Bahamon, Verdugo y Alcaraz⁷ tuvo como objetivo determinar en qué medida los estilos parentales predicen la ideación suicida en adolescentes estudiantes de bachilleratos en instituciones públicas en México. Participaron en este estudio 172 hombres y 226 mujeres con rangos de edad. Los resultados indican que la ideación suicida y los sentimientos de soledad se presentan en mayor porcentaje en las mujeres que en los varones. Se observaron correlaciones significativas entre los estilos parentales del padre con el control psicológico en los varones (0,219) y en mujeres (0,396); al analizar los estilos parentales de la madre no se identificaron correlaciones significativas en los hombres, pero sí en la mujeres, y el control psicológico se correlaciona altamente con la presencia de ideación suicida (0,405). Respecto a los factores que predicen la ideación suicida en hombres y mujeres, se identificó que el afecto/comunicación y el control psicológico son un factor de riesgo (0,79 en los hombres y 33,5 en las mujeres).

Finalmente, las mujeres se muestran con mayor vulnerabilidad y el control psicológico parece ser una práctica de riesgo en los padres para que sus hijos desarrollen ideas suicidas.

Otro estudio reciente es el de Cortés⁸ en el cual se refleja que durante la etapa de la adolescencia ocurren cambios que influyen en el comportamiento del mismo, como lo son aspectos psicológicos, sociales, económicos y familiares, este último un factor importante en el desarrollo de la persona. Los intentos suicidas se han incrementado considerablemente en los adolescentes y jóvenes en las últimas décadas, se presenta la posibilidad de ver la autolesión como solución a un problema, la cual debe ser tomada en serio, no restársele importancia y remitirse a evaluación especializada la cual debe ser integral y tener en cuenta al adolescente en su contexto familiar, escolar y social.

Los factores de riesgo pueden presentar conflictos que se presentan durante la crianza del niño, como lo son “las agresiones frecuentes y el maltrato físico por parte de sus tutores, con el consecuente efecto de miedo y sentimiento contradictorio, estos son factores potencialmente psicopatógenos, capaces de desencadenar ideación e intento suicidas, debido a la impulsividad de los afectados”⁸

Antecedentes nacionales

El estudio de Sáenz⁹ presenta diferentes datos estadísticos respecto a la epidemiología del suicidio en Costa Rica, durante el periodo 2000-2009. Los datos se dividieron en cuatro apartados para su tratamiento y análisis, estableciéndose, en la medida de lo posible, comparaciones con lo sucedido en otros países: magnitud del fenómeno, ocurrencia del fenómeno, género y localización geográfica. Para finalizar, se discuten algunos aspectos relacionados con la prevención y la necesidad de una política de salud mental, líneas de

investigación para profundizar en esta área y la urgencia de trabajar en el eje de masculinidad y violencia. Dentro de los resultados de esta se tiene que las provincias que presentaron mayor proporción de suicidios fueron en su orden: San José (39%), Alajuela (17%) y Limón (11%). La tasa promedio anual más alta de mortalidad por suicidio corresponde a la provincia de Limón con 7,3 suicidios por cada cien mil habitantes, seguida por San José (5,1) y Alajuela (4,9), cifra bastante superior al promedio nacional (4,8).

De los 19 cantones que integran la provincia de San José, un total de 12 presentan una tasa promedio anual de suicidios por encima del promedio nacional (4,8), siendo los tres primeros: Dota (13,4), Tarrazú (12,1) y León Cortés (10,9)⁹.

El estudio nacional elaborado por Campos¹⁰ el cual tuvo como objetivo crear un proyecto útil y práctico para la prevención de suicidio en adolescentes basándose en estrategias que han probado ser eficaces para lograr la educación sobre el tema, dirigida tanto a adolescentes como a personal educativo: riesgos, signos de alerta e intervenciones, detección de adolescentes en riesgo, ofrecer alternativas de ayuda tales como los grupos de apoyo juveniles, centros especializados y líneas de crisis. Aunado a esto, se realizó una charla interactiva acompañada de un taller ya que se consideró que a través de este se podrá captar mejor el mensaje y será al mismo tiempo más entretenido para los jóvenes.

En el estudio de Navas¹¹ considera que los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida son de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta. Los factores de riesgo pueden clasificarse en modificables y no modificables. Los primeros se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos y pueden modificarse clínicamente. Los factores de riesgo modificables son principalmente, ansiedad

y depresión, sin restar importancia al acceso a los medios para cometer suicidio, interrupción de tratamiento médico, aislamiento social y enfermedades crónicas. El abuso de drogas adictivas conlleva un alto riesgo de ideación suicida. Aproximadamente 1/3 de varones y 1/5 de mujeres que intentan suicidarse abusan del alcohol y cerca de 1/10 de alcohólicos mueren por suicidio.

Los factores de riesgo no modificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno al clínico. Los grupos en los extremos de la vida son una población en riesgo ascendente de suicidio. Durante la infancia, se puede desarrollar desesperanza que lleva a depresión¹¹.

Sáenz⁹ en un estudio realizado por chanto en el Hospital Nacional Psiquiátrico en julio del 2004, como resultado se determinó que la mayoría de adolescentes ingresados a dicho centro que efectuaron intentos de autoeliminación fueron mujeres, sin embargo, predominaron los gestos suicidas, debido a que la mayoría de las acciones desplegadas no tuvieron secuelas físicas de importancia.

La investigación realizada por el departamento de epidemiología de la Universidad de Costa Rica sobre el suicidio en números absolutos a lo largo de la década (2000-2009) “evidencia que a partir del año 2003 los suicidios superaron los 300 anuales y a partir de dicho año, con excepción de 2006 y 2009, la cifra guarda una relativa estabilidad. En la actualidad la atención en el primer nivel de atención no ha sido el más indicado y se necesita la contratación de profesionales en esta área de salud mental y citas a un plazo más corto para un seguimiento apropiado⁹.

Bonilla y Aguilar¹³ elaboraron una pesquisa en la que se estudió a nivel nacional los cantones de Costa Rica con mayor incidencia de suicidio, se evidencio que Talamanca es el más sobresaliente en este sentido, otros conglomerados de importancia fueron Garabito, la región central San José, Corredores, Jiménez, Alajuelita, La Unión y la región norte Chorotega. Aunado a esto, se muestran estadísticas de lesiones autoinfligidas intencionalmente según los egresos registrados en los Hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social durante el periodo 2000 al 2012. El Hospital Nacional de Niños registra 111 casos de intentos de suicidio; siendo predominante en adolescentes. Las mujeres de 12 a 24 años son las que presentan mayor número de egresos por esta causa¹³.

b) Descripción del problema

Las estadísticas de la C.C.S.S presenta un aumento significativo de casos de suicidio y lesiones autoinfligidas intencionalmente, el reciente análisis del sistema de vigilancia epidemiológica de la institución muestra que durante las primeras 20 semanas del 2016, se han notificado 840 eventos de este tipo: seis de cada diez casos registrados fueron mujeres (62%)¹⁴.

El Ministerio de Salud durante el año 2015, obtuvo la notificación de intentos de suicidio mediante boleta VE-01 de Notificación Obligatoria, fue de 1408 casos, para una tasa del 29,14, de este total de casos 860 correspondieron a las mujeres y en cuanto a los hombres los totales fueron de 548 casos notificados.

Los suicidios son 296 casos, para una tasa de 6,12 de este total de casos 250 correspondieron a los hombres y 46 a las mujeres. Con lo que respecta a las estadísticas según edad muestra que la incidencia de los intentos de suicidio según los grupos de edad,

los que destacan son los que se ubican entre las edades de 15-19 años en las que se notifican 302 casos para una tasa del 73,45, y de 20-24 años que notificó un total de 195 casos, y aportó una tasa del 44,77 ¹⁴.

Otros datos muestran que la incidencia por grupos de edad y sexo indica que tanto los hombres como las mujeres en los grupos en edades entre los 10-14 y 15-19 poseen las tasas más altas de intentos de suicidio. En este caso las mujeres de 15-19 años aportan una tasa del 101 y los hombres en esos mismos grupos de edad tienen una tasa de 47,36 y en cuanto a las mujeres con edades entre los 10-14 años la tasa fue del 61,71 en el caso de los hombres con esas edades, obtuvieron una tasa de 18,7. Estadísticas de suicidio consumado según edad entre 10-14 con una tasa de 2% y entre las edades de 15-19 una tasa de 7% ¹⁴.

Mora¹⁵ en su investigación determina que los mecanismos de autolesión más frecuentes fueron envenenamientos por medicamentos , drogas y otros mecanismos no especificados, seguidos por lesiones causadas por arma blanca e intoxicaciones con plaguicidas.

Un estudio realizado por la Universidad de Costa Rica y Universidad Hispanoamericana muestra que entre el año 2009 al 2012 existe un aumento de casos de suicidio en adolescentes siendo Talamanca la zona de mayor casos a nivel nacional y a nivel del valle central San José, con mayor número de caso siendo el cantón de Alajuelita y siendo este el cantón que se aborda en esta investigación.

Es por lo anteriormente expuesto que se considera relevante este estudio, ya que a nivel nacional se refleja un aumento significativo de muerte en edades tempranas por suicidio, siendo esto una grave consecuencia de la falta de prevención y promoción entre las

comunidades y centros educativos, asimismo, por desconocimiento de factores específicos que lleva a la ideación e intento suicida.

El suicidio entre los jóvenes es una problemática pocas veces mencionadas en la sociedad, hecho que con frecuencia se calla y evade, pero es una realidad que el periodo de la adolescencia, junto con los factores de riesgo, conlleva a una ideación suicida, provocando el deceso de un porcentaje importante de dicha población.

La temática expuesta en este documento es de gran relevancia para la salud pública, ya que cada vez que se presenta un caso de suicidio impacta el sistema familiar y social; por lo que es vital tratar el problema y comprender posibles razones para que un adolescente con un futuro por vivir, acabe repentinamente con su existencia motivado por una situación o en muchos casos un sufrimiento que lo obliga a tomar tal decisión.

El conocimiento de los factores de riesgo de suicidio entre la población adolescente de Alajuelita, es significativo, primeramente si se considera que este cantón es el que presenta mayor incidencia de suicidio adolescente después de Talamanca, en segundo lugar es fundamental ya que registrará el enfoque que debe seguir los programas educativos, de salud y los instrumentos utilizados por las instituciones públicas para disminuir y erradicar esta problemática que ha ido en aumento.

c) Delimitación del problema

La investigación se realiza entre los estudiantes con edades de 12 a 19 años de los colegios del cantón de Alajuelita sobre el tema de factores de riesgo suicida, los cuales se clasificarán según distrito y están ubicados en todo el cantón de Alajuelita, esta investigación se realizará en el segundo semestre el 2016. Se consideró las edades antes

mencionadas ya que durante esta etapa del desarrollo los jóvenes son más vulnerables a afectaciones emocionales que los hacen llegar a la ideación suicida.

d) Justificación

El fenómeno suicida se ha convertido en un problema de salud pública no solo por lo que representa para las familias la muerte de una persona, o por los años de vida productivos perdidos, sino también porque en muchos de los casos las defunciones pudieron ser prevenidas, el dolor mitigado y el sufrimiento personal abordado hasta encontrar niveles de estabilidad emocional compatibles con la vida. La ideación suicida en los adolescentes era considerado poco común en esta población y mucho menos llegar al intento y llegar a consumarse, esta problemática ha ido en ascenso en los últimos años y en la actualidad en los adolescentes. Los niños están presentando conductas suicidas a temprana edad, pero no hay estudios previos que demuestren con exactitud qué factores son los que están causando estos pensamientos que inician desde un deseo de morir por alguna disconformidad hasta la ideación suicida, donde puede desarrollar algún plan más estructurado y llegar al intento o suicidio consumado.

En Costa Rica existe una deficiencia en estudios investigativos sobre la ideación suicida, así como los factores que desencadenan el suicidio en la población adolescente para prevenir esta problemática que con el transcurso de los años ha ido en ascenso y se ha convertido en una de las causas de muerte más frecuente en adolescentes. Se han realizado algunos estudios e investigaciones en relación con el suicidio con importantes resultados que evidencian factores sociodemográficos, factores y conductas de riesgo, eventos estresantes, factores protectores, obteniendo resultados sobre las causas del suicidio para poder prevenirlo.

La investigación tiene como enfoque estudiar la identificación de los factores de riesgo de ideación suicida que se presentan con mayor frecuencia entre los adolescentes con edades muy tempranas a causa de desencadenantes importantes las cuales se mencionarán en el transcurso de la investigación. El estudio pretende identificar los factores que conlleven al riesgo de ideación suicida.

Se toma como referencia las instituciones educativas del cantón de Alajuelita, esto debido al aumento de casos de ideación e intento suicida en adolescentes en esa zona, lo que se requiere la necesidad de un estudio cuantitativo con una herramienta que facilite detectar la problemática que pueda desarrollar los adolescentes, debido a factores que se puedan prevenir con el planeamiento de estrategias que van a beneficiar a la institución así como a familiares y adolescentes, lo que se considera de gran relevancia social.

La mayoría de docentes no tienen un conocimiento claro respecto a las causas que pueden llevar a la ideación e intento, por lo que es de suma importancia brindar una herramienta útil para la detección de esta problemática social la que es considerada como valor teórico para la investigación.

Esta investigación se pretende realizar debido al aumento de casos de suicidio que se obtuvo de un estudio previo en el año 2009 al 2014 en el cantón de Alajuelita donde lo esperado es de 4.24 y lo observado fue de 10 casos.

Datos estadísticos del Hospital Nacional Psiquiátrico muestra en la actualidad que hay un ascenso de ingresos de adolescentes con intento suicida en el año 2014 con 67 de los cuales 9 son niños menores de los 11 años y 58 son adolescentes y en el año 2015 con un total de

62 de los cuales 4 son niños y 58 adolescentes. Esto evidencia el aumento de riesgo suicidad en la población adolescente.

En Costa Rica el suicidio en jóvenes es, desafortunadamente, una realidad cada vez más latente en nuestro país y que al igual que en la mayoría de países alrededor del mundo, va en aumento significativamente. Durante la adolescencia, esta etapa fundamental existen cambios y descubrimientos que se presentan en los jóvenes de diversas maneras que les producen ansiedad y depresión y pueden llevar, en muchas ocasiones, en una ideación o intento de suicidio.

El suicidio en los adolescentes es una problemática que si no se atiende a tiempo puede llegar a una tragedia y en muchas ocasiones es por ignorancia o culpa de la sociedad por callarse y evadir la situación. Es un tema que impacta y cuestiona el sistema familiar y social; por lo que es importante conocer esos factores desencadenantes que conllevan al aumento de estos casos y facilitar que los centros educativos conozcan más de la problemática prevenir, tratar de eliminar y de comprender las posibles razones que llevan a un adolescente a realizar o pensar esta situación, con todo un futuro por vivir, a terminar repentinamente con su vida.

La investigación se basa en determinar los factores de riesgo asociado a la ideación suicida para tratar de disminuir esta problemática, y se considera que su aplicación puede utilizarse en diversas instituciones en forma simple y organizada para poder ser un instrumento de prevención.

La OMS y OPS menciona que una manera sistemática de dar una respuesta nacional al suicidio es establecer una estrategia nacional de su prevención, lo que es de suma

importancia una estrategia nacional que lleve el compromiso en relación con este problema en la población más vulnerable en el país.

Algunas de las medidas de prevención que se puede utilizar son la vigilancia, la restricción de los medios utilizables para matarse, la reducción del estigma y la concientización del público, la capacitación de personal de salud, educadores, policías y otros guardianes. También facilitaría incluir servicios de intervención en crisis y servicios post-crisis, estos servicios ya están incorporados en el Hospital Nacional Psiquiátrico y se pretende incorporarlos en otros centros de salud.

En el tema de suicidio se cuenta con poca información actualidad sobre los factores de riesgos de ideación suicida, lo que desarrolla un tema de investigación necesario para la sociedad, principalmente en la población adolescente donde presentan situaciones que comprometen el funcionamiento social del individuo y la familia, su equilibrio emocional y el despliegue de sus potencialidades, por esta razón es que se considera de vital importancia la presentación de esta propuesta al sector salud, ya que no cuentan con los programas metodológicos específicos para la población de menores de 12 a 19 años de edad, aunado a esto, tiene una relevancia a nivel profesional en el ámbito de enfermería ya que puede servir como punto de partida para futuras investigaciones en cuanto al abordaje de dicha problemática.

1.2 PROBLEMA CENTRAL

Una vez comprendida la problemática, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la ideación suicida en adolescentes de 12 a 19 años de los colegios del cantón de Alajuelita, durante el segundo semestre del 2016?

1.3 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo asociados con la ideación suicida en adolescentes de 12 a 19 años de los colegios del cantón de Alajuelita, durante el segundo semestre del 2016.

1.3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Caracterizar la población sociodemográfica asociada a la ideación suicida.

Determinar los factores de riesgo que conlleva al suicidio en los adolescentes.

Identificar la presencia de ideación suicida en los adolescentes de los colegios del cantón de Alajuelita.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances

Se logró que el personal administrativo de los centros educativos se mantuviera con interés en la aplicación del cuestionario para la identificación de los factores de riesgo más frecuentes en relación con el suicidio en esta población.

Con los estudiantes se logró la participación y organización para la aplicación del instrumento de estudio. Esto genera una detección importante sobre las causas que pueden llevar a la ideación e intento suicida en los estudiantes de los colegios del cantón de Alajuelita.

1.4.2 Limitaciones

Disminución de la muestra porque los padres o encargados no devuelven los consentimientos informados lo que obliga a excluir a varios sujetos de estudio.

No hubo representatividad de todos los colegios de Alajuelita debido a la renuencia de algunos directores de permitir a los adolescentes, participar de la investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO

2.1.1 Contexto histórico de los suicidios

Los suicidios y las tentativas de suicidio constituyen un problema grave de salud pública¹⁶ que comprende cuestiones características de la adolescencia. En efecto, cuestiones como el pasaje al acto, la impulsividad, el problema de la muerte, la depresión, el ataque al propio cuerpo y al marco familiar, son inherentes a este período de la vida denominado adolescencia; concepto que hay que interpretar no solo en clave neurobiológica sino, y esto es quizá más relevante, en clave psicosocial. Esto es así en la medida en que la adolescencia, a diferencia de la pubertad, no es ajena al marco histórico y social en el que se desarrolla. La problemática del suicidio y del intento de suicidio en la población adolescente no es tampoco ajena a la crisis que acompaña, de manera indefectible, a este período de la vida de todo sujeto.

Esta crisis debe entenderse bajo dos aspectos. En primer lugar, la crisis del adolescente comporta el momento en el que habrá de decidir su futuro, y ello en diversas áreas de la vida: labora, formativa, afectiva, etc. En segundo lugar, la crisis de la adolescencia supone el momento en el que la neurosis más o menos latente del sujeto se declara con cierta violencia o cierta urgencia¹⁷. Esto, además, puede complicarse en aquellos sujetos con una estructura psicótica que puede haber permanecido silenciosa durante la infancia pero mostrarse con toda crudeza a partir de la pubertad. Momento de elegir, momento de urgencia, ambas circunstancias colocan al adolescente ante una nueva situación que le obligan a poner en marcha todo un conjunto de mecanismos defensivos. Sin embargo, esos

mecanismos no siempre se dan o bien resultan insuficientes para resolver la crisis de manera satisfactoria.

El suicidio y el intento de suicidio constituyen las manifestaciones dramáticas del fracaso del sujeto adolescente al enfrentarse con ese nuevo mundo. En otras ocasiones, el momento de la adolescencia comporta la puesta en marcha, el inicio de un trastorno mental grave, por ejemplo, una psicosis esquizofrénica. Así, se ha señalado por parte de algunos autores que cierto número de esquizofrenias son la culminación de crisis de la adolescencia que han sido impedidas, no resueltas. Sin embargo, nos equivocáramos si pensáramos que ambos fenómenos, el suicidio y la tentativa de suicidio, por un lado; y los trastornos mentales, por otro, se pueden tratar de manera independiente, como si no tuvieran ninguna relación entre sí. Nada más lejos de la realidad, el suicidio y la tentativa de suicidio no son diagnósticos psiquiátricos, sino más bien síntomas psiquiátricos, esto es, elementos que demuestran la existencia de trastornos mentales. Suicidio y tentativa de suicidio pueden formar parte de diversos trastornos mentales, como se señalará más adelante; es lo que ocurre en los casos de depresión mayor y de psicosis esquizofrénica, entre otros. Por otro lado, los suicidios y los intentos de suicidio son fenómenos no ajenos a los marcos sociales en los que acontecen. Dichos marcos constituyen los factores sociales implicados, esto es, actúan como elementos que pueden favorecer la emergencia de comportamientos suicidas en tanto el sujeto posmoderno se enfrenta a un proyecto colectivo en el que naufragan muchas vidas, al verse traídas y llevadas por un vivir carente de sentido¹⁸.

La muerte, por tanto, es algo que ocupa el pensamiento de los adolescentes, sin embargo, no todos piensan en morir ni en suicidarse. De ahí la importancia del presente estudio, donde es fundamental los factores de riesgo tanto individuales como sociales, conocerlos en

términos de facilitar la identificación de los adolescentes con este tipo de ideas, pero no determinantes.

En este mismo sentido, Lastras citado por Sáenz⁹ menciona que en Costa Rica entre 1976 y 1991 la tasa de suicidios por cien mil habitantes osciló entre 3,6 y 5,3 con un leve descenso entre 1980-1982 pero conservando una marcada tendencia al alzar. Asimismo diversos estudios citados por Montaro en 1997 y por Matos, en el 2001 se refieren a estadísticas internacionales en las que se destaca que un tercio de las muertes por suicidio está relacionado con el consumo de alcohol como factor precipitante.

En la actualidad los suicidios en adolescentes según datos de la Universidad de Costa Rica ha aumentado las muertes en esta población con un promedio de 10 suicidios donde lo esperado son 4 casos anuales, lo cual hace más relevante el presente estudio que tiene como área Alajuelita el cantón con mayor incidencia en el Valle Central.

Bejarano en el 2000 citado por Sáenz⁹ efectuó un estudio en el año 1996, en el cual determinaron, según el criterio del médico forense una clara asociación entre la muerte por suicidio y el consumo de sustancias. De lo anterior, es importante señalar que los adolescentes utilizan el consumo de sustancias como un medio para evadir los problemas, esto ha sido un factor de riesgo para esta población que con el transcurso de los años es más común y desencadena esta problemática.

Pérez¹⁹ menciona en su artículo en el año 2002 sobre el suicidio que en siglos pasados en la antigua Grecia, donde el suicidio es condenado por la ley al individuo que realice un intento de suicidio con encarcelamiento. En la actualidad y en nuestro país las medidas que se utilizan es el internamiento inmediato y en los casos de menores de edad el

consentimiento de los tutores oficiales del niño o adolescente. En el Antiguo Egipto los partidarios del suicidio llegaban incluso a agruparse en asociaciones cuyos miembros buscaban las medidas más agradables para morir. Los suicidios colectivos parecen haber sido un hecho frecuente a través de la historia.

En Costa Rica en el año 2014 no se registra un dato específico sobre lo anterior, al menos en el caso de los adolescentes, únicamente si llama la atención los estudios sobre los suicidios de adolescentes en Talamanca y Alajuelita, no así de manera colectiva. Lo anterior se confirma con lo manifestado por el Hospital Nacional Psiquiátrico, los adolescentes de reingreso por ideación e intento suicida en muchas ocasiones son las misma población de grupos anteriores debido a la existencia de formación de grupos extra hospitalarios que se reúnen y algunas ocasiones realizan colectivamente gestos suicidas e intento de autoeliminación, pero no existe estudios para detectar esa problemática.

Chanto citado por Sáenz⁹ en el año 2004/2005 investigó a los adolescentes que ingresaron al Hospital Nacional Psiquiátrico en julio de 2004 por realizar alguna conducta suicida; se determinó que la mayoría de adolescentes que efectuaron intentos de autoeliminación fueron mujeres, sin embargo, predominaron los gestos suicidas, debido a que la mayoría de las acciones desplegadas no tuvieron secuelas físicas de importancia, en los adolescentes varones se presentan pocas veces los gestos suicidas, pero es frecuente el intento y el suicidio consumado.

A nivel internacional un estudio realizado en Estados Unidos por Shaffer²⁰ describe que el suicidio es poco frecuente antes de la pubertad y que ha ido en crecimiento en adolescentes principalmente en hombres debido a factores predisponentes donde

demuestran que antes del suicidio habían sufrido un trastorno psiquiátrico y que lo pudieron desarrollar hace dos años atrás, también menciona diferentes factores probables en el desarrollo de la ideación y el suicidio consumado como lo son pérdida de una relación romántica, problemas de disciplina en la escuela, problemas con la ley, o dificultades académicas o familiares.

La adolescencia es un proceso de transformación entre la niñez y la adultez en donde durante la adolescencia se desarrollan factores específicos en esa etapa de la vida como los son el abuso sexual y físico en la infancia, poco apoyo familiar, abandono y maltrato, ruptura de una relación y problemas escolares como uno de los principales factores de ideación suicida como lo es el Bullying en esta población principalmente. Los programas para la prevención de suicidio ha sido deficiente debido al poco estudio de factores de riesgo en esta población y no existe un conocimiento de lo grave de este fenómeno, los centros educativos frecuentemente minimizan el papel del suicidio entre la población, aunque son diseñados para alentar la apertura de los estudiantes o la apertura a terceros de sus amigos, no han demostrado ser efectivos ni en reducir el comportamiento suicida ni incrementar medidas preventivas relacionadas a esto.

2.1.2 Contexto histórico del cantón de Alajuelita

Alajuelita es un cantón al suroeste de la Provincia de San José, Costa Rica. Se caracteriza por ser uno de los cantones del área metropolitana con menor nivel de desarrollo, su alta concentración demográfica y su carácter habitacional de bajo costo, típicas características de los llamados Barrios del Sur. La migración al cantón de Alajuelita se viene dando a

mediados de 1980, por las leyes de vivienda popular, donde, con ayuda del gobierno a los habitantes que no poseían una casa, se les otorgaba el lote para que construyeran una²¹.

Alajuelita cuenta con un periódico local "Alajuelita Hoy" que trata sobre diversos temas del acontecer de la comunidad y además de noticias interesantes, trivias, hechos históricos del cantón, este periódico tiene mucha acogida en el pueblo.

Debido a la necesidad de una clínica con los servicios y la infraestructura necesaria para atender a los más de 100.000 habitantes, la Caja Costarricense del Seguro Social inició una obra que cuenta con 3500 metros cuadrados y con varias especialidades médicas, con esto se deja atrás las instalaciones antiguas ya que eran muy estrechas e incómodas para atender a esa gran cantidad de ciudadanos²¹.

- ✓ Se ubica al suroeste de la ciudad de San José, y limita con:
 - Norte: San José
 - ✓ Este: Aserrí y Desamparados
 - ✓ Oeste: Escazú
 - ✓ Sur: Acosta²¹.

2.2 CONTEXTO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.2.1 La adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por

hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad¹⁰.

La Dra. Salas en su tesis sobre el tema Conductas de riesgo y riesgo suicida en adolescentes en el año 2006, llega a la conclusión que la adolescencia es determinante como un factor de riesgo para el desarrollo de la ideación e intento suicida ya que comenta que los jóvenes enmascaran sus problemas con diferentes actividades como el estudio, realización de deporte y socializando exageradamente, lo que puede transformarse en conductas como ausentismo del hogar, rebeldías frecuentes, robos y uso de drogas.

Estadísticas de la Caja Costarricense de Seguro Social en el año 2002 menciona que algunas conductas de riesgo suicida en los adolescentes:

- ✓ Ingesta de alcohol
- ✓ Mantener prácticas sexuales sin responsabilidad
- ✓ Conformar un grupo de iguales con conductas delictivas
- ✓ Realizar intentos de autoeliminación

El Dr. Campos¹⁰ menciona en su tesis que en la actualidad se ha llegado a evidenciar la adolescencia como una fase de gran importancia, que implica a su vez profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, gran parte de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, las cuales explican el efecto social de subestimar y minimizar las capacidades de quienes se encuentran en este lapso que es fundamental para el desarrollo posterior de la vida del individuo.

2.2.2 Suicidio

Sánchez, Musitu, Villareal y Martínez²² menciona el suicidio se define como un “proceso que inicia con la conducta del joven sobre la ideación suicida en expresiones como preocupación autodestructiva, planificación de un acto letal y deseo de muerte, lo que conlleva al intento suicida y finaliza con el suicidio consumado”.

El concepto de suicidio es considerado de diferentes definiciones por distintos autores como lo menciona López citado por Emil Durkheim que lo definió así “suicidio en términos de un acto personal, con un propósito definido y que se realiza de manera consciente, con el fin de terminar con la propia vida”²³

El suicidio es considerado por los autores Francia Reyes et al²⁴ como el acto de quitarse la propia vida, en las diferente religiones se observa cómo un pecado mortal, a nivel de leyes es considerada como un delito y algunas culturas visto como algo honorable.

La Dra. Álvarez et al²⁵ en un estudio realizado en España sobre el tema suicidio, la OMS define el suicidio como un acto con resultado mortal y grave para la salud del individuo , iniciado y realizado por la persona , esperando así el resultado esperado.

En el suicidio existe otra definición lo cual se considera como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”²⁵

En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un contexto de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida).

El estudio realizado por Alvares et al²⁵ citado por Silverman menciona terminología importante para el desarrollo y conducta suicida en los adolescentes o población adulta:

Ideación suicida: pensamientos sobre el suicidio (cogniciones), son pensamientos, deseos, expectativas, añoranzas, implícitas o explícitas que contemplan la autoeliminación como objetivo.

- ✓ Concretas: el suicidio es contemplado como un objetivo específico, preciso y realista. Algunos ejemplos de esta modalidad son «quiero morir», «deseo matarme», «me voy a suicidar», etcétera.
- ✓ Ambiguas: el suicidio no se contempla de forma específica. Algunos ejemplos de esta modalidad son «quisiera dormir mucho tiempo y quizá no despertar», «la vida no vale nada», «no sé qué hago aquí», etcétera.

Comunicación suicida: acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida. En esta categoría se incluyen aquellas comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones.

Existen dos tipos de comunicación suicida:

- ✓ Amenaza suicida: acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
- ✓ Plan suicida: es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.

Conducta suicida: conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que:

- ✓ La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.
- ✓ La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida.

En el estudio realizado en el 2012 de suicido se menciona varios criterios para considerarse conducta suicidad como lo es la autolesión/gesto suicida “es una conducta potencialmente lesiva autoinfligidas para la que existe evidencia implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad”²⁵

Este tipo de conducta puede no provoca lesiones, provoca lesiones o provoca la muerte (muerte autoinfligida no intencionada).

Conducta suicida no determinada: conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad).

Intento de suicidio: conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte,

dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

Suicidio: muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de auto provocarse la muerte.

Suicidio consumado: Muerte por lesión, envenenamiento o asfixia, con respecto de la que hay pruebas (explícitas o implícitas) de que el daño fue autoinfligido para matarse.

Riesgo suicida: Proceso suicida en el cual la persona presenta un plan suicida por realizar, sea este plan implícito o explícito.

Sobreviviente de suicidio: cualquier persona con un vínculo emocional importante que lo relacione con una persona que muera por suicidio, usualmente familiares, amigos o conocidos.

Suicidio asistido: Es el acto de proporcionar en forma intencional y con conocimiento a una persona los medios, necesarios para suicidarse.

Autoagresión: conducta voluntaria potencialmente dañina para la cual existe la evidencia (implícita o explícita) de que la muerte no es el objetivo perseguido. En muchos casos forma parte de una estrategia de afrontamiento deficiente para obtener «tiempo fuera» o reponer el desbalance entre estresores y recursos.

Las consecuencias esperadas de las autoagresiones incluyen los cambios en las circunstancias del propio ambiente o estado interno de manera significativa.

Reyes²⁴ menciona que existe una clasificación sobre el suicidio:

- ✓ Los vicariantes: se adelantan o aceleran el acto de la muerte que se vislumbra en un futuro, con la justificación de que no hay esperanzas y solo creen ver a su alrededor sufrimientos y nada puede compensar el período de espera.
- ✓ Los perfeccionistas: no toleran cualquier disminución de los atributos a su persona, lo mismo en la belleza que en la potencia sexual, económica o social, o la pérdida del poder y prestigio.
- ✓ Los hedonistas: no soportan nada que constituya un impedimento o una disminución del placer de predominio sensual.
- ✓ Los transicionales: ante ciertas crisis vitales de transición inevitables, optan por el suicidio.
- ✓ Los sintomáticos: dependen de una enfermedad mental, psicosis, confusión mental, demencia y depresión.

Se destaca que existen diversas formas de suicidio, no obstante, es importante destacar que el acto suicida y la ideación suicida es lo mismo como en donde la persona piense o tengas ganas de morir sin realizar el intento como tal.

2.2.2.1 Manifestaciones Suicidas

Reyes²⁴ menciona que el comportamiento suicida abarca las siguientes manifestaciones:

1. El deseo de morir. Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como: "la vida no merece la pena vivirla", "lo que quisiera es morirme", "para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto" y otras expresiones similares

2. La representación suicida. Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.
3. Las ideas suicidas. Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación:
 - ✓ Idea suicida sin un método específico, pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: "no sé cómo, pero lo voy a hacer".
 - ✓ Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: "De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo."
 - ✓ Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de auto-destruirse.
 - ✓ El plan suicida o idea suicida planificada, en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir²⁴.

Los siguientes rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para cometer suicidio son:

- ✓ Inestabilidad del ánimo.
- ✓ Conducta agresiva.
- ✓ Conducta disocial.
- ✓ Elevada impulsividad.
- ✓ Rigidez de pensamiento y terquedad de la conducta.
- ✓ Pobres habilidades para resolver problemas.
- ✓ Incapacidad para pensar realistamente.
- ✓ Fantasías de grandiosidad alternando con sentimientos de inferioridad.
- ✓ Sentimientos de frustración.
- ✓ Manifestaciones de angustia ante pequeñas contrariedades.
- ✓ Elevada auto exigencia que rebasa los límites razonables.
- ✓ Sentimientos de ser rechazado por los demás, incluyendo los padres u otras figuras significativas.
- ✓ Vaga identificación genérica y orientación sexual deficiente.
- ✓ Relación ambivalente con los progenitores, otros adultos y amigos.
- ✓ Antecedentes de haber realizado una tentativa de suicidio.
- ✓ Frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza.
- ✓ Frecuentemente se sienten heridos con la más mínima crítica.

2.2.3 Teorías explicativas del suicidio

Villardón²⁶, menciona que existen dos vertientes tradicionales sobre el estudio del suicidio: que son la social y la individual. La primera orientación explica la conducta autodestructiva desde la influencia de los factores sociales en la persona y la segunda considera el suicidio desde las características personales del individuo.

En la primera orientación se incluyen los enfoques sociológicos, que han utilizado la estadística como instrumento primordial en el estudio del suicidio. Dentro de la segunda se encuentran las distintas explicaciones psiquiátricas, psicológicas y las psicoanalíticas, cuya metodología de aproximación al tema ha sido principal.

2.2.3.1 Teoría del suicidio de Durkheim

Durkheim menciona una explicación social de la tasa de suicidios. Está potenciada por una falta o un exceso de integración y/o regulación en la sociedad.

Los factores individuales, no pueden dar cuenta de la propensión de una colectividad al suicidio sino que solamente pueden explicar la concreción de dicha tendencia suicida social en casos individuales. Se mencionan los factores individuales de la teoría psicoanalítica que afecta al individuo como lo son “la agresión y frustración, pasando esta forma, por considerar factores psicológicos en el estudio del suicidio”²⁶

Los suicidios e intentos suicidas adolescentes están registrados en menor medida que los mismos actos en los adultos.

Villardón²⁶, menciona tres de las posibles razones explicativas de este hecho:

- ✓ La primera es que la familia, especialmente los padres, tienen motivos más poderosos para encubrir la conducta suicida del adolescente que los que tienen la familia y vecinos de un adulto.
- ✓ La segunda razón, relacionada con la primera, es que existe cierto miedo por parte de los padres o tutores del adolescente a que se les impute cierta responsabilidad en el acto.
- ✓ La tercera posible justificación la constituye el hecho de que el suicidio adolescente, a diferencia de los actos suicidas de otros grupos de edad, ofrecen al adulto más posibilidades de ser interpretado como accidente, debido a su modo de presentación y apariencia.

En la perspectiva social del suicidio mencionadas por Durkheim, defiende que “la tasa de suicidios de que da cuenta una sociedad determinada se explica por factores sociales tales como la falta o exceso de integración y/o regulación”²⁶

Villardón²⁶ comenta un estudio realizado por Shneidman en 1988, en el cual se presentan diez características comunes a un acto suicida:

- ✓ El propósito común del suicidio es buscar una solución.
- ✓ El objetivo común es el cese de la conciencia del contenido insufrible de la mente.
El estresor común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas.
- ✓ La emoción común en el suicidio es la indefensión-desesperanza.
- ✓ El estado cognitivo común es la ambivalencia.

- ✓ El estado perceptual común en el suicidio es la constricción. La persona percibe solamente una posibilidad ante los problemas.
- ✓ La acción común es el escape.
- ✓ El acto interpersonal común es la comunicación de la intención.
- ✓ El acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de la vida.

Un estudio realizado por Neimeyer menciona en el año 1983 aplica la teoría del constructo personal de Kelly a la depresión y el suicidio, “afirma que los sistemas de constructos personales de los individuos suicidas y depresivos se caracterizan por anticipación de fracaso, autoconstrucción negativa, aislamiento interpersonal”²⁶

2.2.4 Métodos suicidas

Mancilla²⁷ menciona que las personas del sexo masculino son los que realizan el suicidio consumado, en comparación con la mujer que mayormente es fallido en su intento. Entre los métodos utilizados mencionados por la Asociación de Investigación, prevención e Intervención del Suicidio en el año 2009 se encuentran

La precipitación, el ahorcamiento, la asfixia con bolsa de plástico en la cabeza, la intoxicación medicamentosa, la intoxicación por gases, el envenenamiento con plantas, hongos, metales, productos de limpieza y plaguicidas, ayuno prolongado, el accidente de tráfico provocado, el arrojar al paso de vehículos, el disparo con arma de fuego²⁷

Chaves, Madrigal, Vargas, Abarca²⁸ comentan en el estudio realizado en Costa Rica en el año 2005 en relación con los métodos de suicidio, se han clasificado en tres grandes grupos de mecanismo más frecuentes que se presentan a continuación.

2.2.4.1 Asfixias

La persona tiende a quitarse la vida por un método que sea más rápido, basado en impedir la respiración. Los dos métodos más típicos en este sentido son la constricción brusca y duradera de las vías respiratorias (Asfixias por ahorcadura) y la inmersión en un medio, como el agua (Asfixias por sumersión), que impida el intercambio gaseoso pulmonar.

La ahorcadura es el mecanismo más frecuente de suicidio. La sumersión es una forma propia del medio rural que se da más en zonas con grandes ríos o lagunas.

2.2.4.2 Grandes traumatismos

Es la fuerza que produce lesiones mortales en el propio organismo. Pueden separarse en tres subgrupos principales:

- ✓ La fuerza es dada por el propio organismo.

Por ejemplo en la precipitación. La cual es una forma de tendencia creciente, que ya en algunas ciudades ocupa el primer lugar. Se ha descrito proporcionalmente más frecuentemente en personas mayores y en mujeres.

- ✓ Utilización de fuerza exterior, por ejemplo el atropello por tren.

Este es un método de uso frecuente en ciudades donde el tren es uno de los principales medios de transporte, siendo un suicidio que presenta la mayor lesividad externa del cadáver con mutilaciones de gran extensión.

- ✓ Empleo de un instrumento con gran lesividad.
- ✓ Heridas por arma blanca o por proyectiles de armas de fuego.

El departamento de medicina legal de Costa Rica describe en un artículo que “el suicidio por arma de fuego es cada vez más usado, principalmente en países, como Estados Unidos, donde la disponibilidad de armas de fuego es mayor”²⁸. El suicidio por arma blanca, representa poco más del 5% del total de suicidios, tasa que se ha mantenido a lo largo del siglo. Deben considerarse sobre todo, las lesiones a nivel del cuello, con sección del paquete vascular, y en región precordial.

2.2.4.3 Intoxicaciones

Las sustancias que se utilizan con objetivo suicidas, han cambiado a lo largo de la historia, actualmente los de uso más frecuente son: medicamentos, productos de uso doméstico y los plaguicidas y menos frecuente el monóxido de carbono.

Los suicidios con fines terroristas son cada vez más frecuentes, especialmente en países de grandes conflictos; en estos casos se colocan un dispositivo explosivo atado a alguna parte del cuerpo y provocan una explosión.

2.2.5 Concepto de factores de riesgo

Según la OMS (2016) un factor de riesgo es:

Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más

importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

Los factores de riesgo corresponden a la vulnerabilidad de un individuo de presentar cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológico, psicosocial, que actuando individualmente o entre sí desencadenan la presencia de una enfermedad, padecimiento o situación. Es decir, es todo aquello que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. En este sentido el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado.

El término de riesgo implica que la presencia de una característica o factor aumenta la probabilidad de consecuencias adversas.

2.2.5.1 Factores de Riesgo Suicida

En el tema factores psicosociales que afectan al individuo Camejo menciona que “el suicidio se puede presentar en diferentes formas a causa de un factor desencadenante como lo son ya sea desde el ámbito religioso, filosófico, social, biológico y psicológico”²⁹

El Departamento de medicina legal del Poder Judicial de Costa Rica²⁸, menciona que entre los móviles o causas del suicidio, el mayor número de casos se presentó por problemas conyugales, seguido por problemas económicos y en tercer lugar por problemas pasionales.

Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios.

Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidarán se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, entre los que se encuentran: Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional, estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz.

Reyes²⁴, menciona que el suicidio puede incluir otras enfermedades como los son la depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva puede desencadenar en un suicidio.

2.2.5.1.1 Factores culturales y sociodemográficos

Shaffer y Pfeffer²¹ manifiestan que los factores culturales el suicidio era mucho más común entre los blancos que entre los afroamericanos de todas las edades. La tasa de suicidio en los afro-americanos y otros varones adolescentes se ha incrementado rápidamente, mientras que la tasa entre los blancos ha estado estable o ha declinado. Los problemas socioeconómicos, los bajos niveles educacionales y el desempleo son factores de riesgo para el comportamiento suicida pues limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes los padecen.

Los factores asociados a la cultura adquieren una importancia capital en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a un proceso de coloniaje

cultural con pérdida de la identidad y sus costumbres y también se hace patente entre los inmigrantes.

Las razones que pueden contribuir al suicidio de los adolescentes de estos grupos de población se encuentran

extrañar la tierra natal y sus costumbres, problemas con la pareja, infelicidad, baja autoestima, carencia de amigos o familiares, el aislamiento social y la falta de comunicación por las barreras que impone el idioma en caso que el país receptor difiera del natal²¹.

Un proceso de este tipo, aunque con menos diferencias, puede desencadenarse en el curso de migraciones internas, cuando se trasladan las familias, en busca de oportunidades, desde las zonas rurales a las urbanas o de las provincias o departamentos a las capitales²¹.

La mudanza o migración interna, puede ser un factor de riesgo de suicidio de importancia en la adolescencia, principalmente cuando no se logra la adaptación creativa al nuevo entorno.

Sexo

Valdivia¹² menciona en un estudio realizado que se observan más intentos de suicidio de mujeres que de hombres como lo demuestran estadísticas del Ministerio de Salud de Costa Rica donde la mujer en edades de 15 – 19 años presenta 101 intentos suicidas en comparación con el hombre con una tasa de 47. Sin embargo, existen más muertes por suicidio en hombres que en mujeres.

Los hombres tienden a ser más agresivos que las mujeres y por ello utilizan métodos más letales. Cuando existe consumo de alcohol, el riesgo es mucho más alto, mayormente en hombres¹².

Edad

El suicidio es un problema que afecta de forma indistinta, en cuanto a las diferencias de edad. Intentos de suicidio infantiles son cada vez más documentados, incluso en niños de 4 o 5 años. Los intentos suicidas usualmente se relacionan con maltrato físico y sexual en el hogar.

En la actualidad se presentan mayormente en adolescentes entre edades de 12 a 19 años, las personas mayores a 65 años y menores a 30 tienen mayor probabilidad de suicidio³¹.

Ocupación

El Dr. Campos¹⁰ considera que los suicidios ocurren mayormente en los desempleados y jubilados y en algunos casos en profesionales de todos los ámbitos. Es decir, la ocupación va a incidir en la intención de suicidio de las personas.

Abuso sexual y físico

El abuso sexual y físico de los padres hacia hijos es un factor desencadenante que produce síntomas depresivos, desesperanza y conducta suicida, así desencadenando una alta probabilidad de casos de suicidio en adolescentes¹⁰.

Problemas sexuales

Los cambios físicos de la adolescencia pueden llegar a ser muy preocupantes para algunos adolescentes, especialmente para aquellos que son tímidos y que no desean hacer preguntas al respecto. Aquellos que comienzan tempranamente con relaciones sexuales tienen mayor riesgo de embarazos no deseados y de problemas de salud, Los nuevos riesgos para la salud que suponen la Infección por HIV y el SIDA¹⁰.

En la población adolescente en algunas ocasiones hay una pérdida de orientación sexual, sobre si es homosexual o no, por lo que existe búsqueda de la identidad sexual en esta población y es donde inician problemas con sus padres y demás compañeros en general.

Problemas escolares

El acoso de cualquier tipo, es un problema frecuente donde el joven encuentra difícil hablar y que puede hacer que ir al colegio sea un problema por la burla que se presenten entre los mismos escolares¹⁰.

El rendimiento académico se ve afectado por este problema y los docentes en algunos casos no se percatan de lo sucedido.

Situación familiar y eventos vitales adversos.

Buendía, Riquelme y Ruiz³³, mencionan que existe un acuerdo generalizado sobre la importancia de los problemas familiares respecto al suicidio en adolescentes, el abuso físico o sexual, la falta de una buena comunicación entre niños y padres, la inestabilidad, la discordia y/o la violencia, son signos típicos de una familia disfuncional.

Los problemas familiares que contribuyen al suicidio en adolescentes resaltan la mala comunicación, conflictos con los padres, alienación del adolescente con respecto a la familia, así como amor, afecto y apoyo inadecuados de los miembros de la familia.

Los problemas académicos asociados al suicidio, la presión académica y la insatisfacción con el rendimiento alcanzado parecen mostrar una especial relevancia.

El rendimiento académico es crucial para entender el papel de los problemas escolares en relación con el suicidio en la adolescencia³³.

La falta de apoyo y atención familiar es uno de los factores de riesgo más importantes que conlleva al suicidio en adolescentes, lo que hace que el individuo inicie conductas que ocasionan un riesgo para la vida del adolescente, a esto se une aún más la ruptura familiar.

Una familia disfuncional puede disminuir la autoestima de los niños, ser una amenaza para su integridad física y psicológica y, en combinación con otros factores, puede contribuir a que se generen sentimientos de vulnerabilidad y motivación para el suicidio.

La situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues son comunes:

- ✓ Antecedentes de padres con trastornos mentales.
- ✓ Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros.
- ✓ Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento.

- ✓ Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- ✓ Pobre comunicación entre los integrantes de la familia. Dificultades para prodigar cuidados a los que los requieren.
- ✓ Frecuentes riñas, y otras manifestaciones de agresividad en las que se involucran los miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad.
- ✓ Separación de los progenitores por muerte, separación o divorcio.
- ✓ Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- ✓ Situación de hacinamiento, lo que en ocasiones se traduce por la convivencia de varias generaciones en un breve espacio, lo cual impide la intimidad y la soledad creativa de sus miembros.
- ✓ Dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura. Autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores.
- ✓ Inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas. Incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente y desconocimiento de las necesidades biopsicosociales.
- ✓ Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés.
- ✓ Exigencias desmedidas o total falta de exigencia con las generaciones más jóvenes³³. Se puede mencionar que las situaciones familiares pueden llegar a representar factores de riesgo para la conducta suicida son en conflictos no resueltos que se agravan en la adolescencia.

Factores de riesgo personales: psicológicos y psiquiátricos.

La totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable.

Reyes²⁴, comenta que en los adolescentes se considera que la mayoría de los que se suicidan han padecido alguna enfermedad como lo es la depresión, trastornos de ansiedad abuso de alcohol, abuso de drogas, trastornos incipientes de la personalidad, trastorno esquizofrénico que desencadenen las ideas suicida.

Otro autor menciona factores sobre el suicidio como lo son

“la pérdida temprana de alguno de los padres, haber sido objeto de abuso sexual, exposición a violencia familiar, abuso de sustancias tóxicas, historia de suicidio familiar, presencia de trastornos del estado de ánimo, problemas académicos, dificultades para la inserción en el mercado laboral unido a problemas económicos, etc.”³³

Buendía et al³³, Señala que existe una clasificación importante en observar los principales factores de riesgo en adolescentes mencionados a continuación:

Depresión

Buendía et al³³, indica que la depresión es el factor de riesgo más común en conductas suicidas en jóvenes. Las conductas suicidas es muy compleja en la mayoría de las tentativas de suicidio están presentes trastornos del estado de ánimo, siendo la depresión uno de los correlatos más potentes de la conducta suicida.

En 1990 mencionan que los factores de riesgo más frecuente es la depresión que

"ha sido encontrada en la mayoría de las conductas suicidas y es evaluada en pacientes que pueden considerarse suicidas con una gran potencia, ya que se ha probado que es un predictor significativo tanto de la tentativa de suicidio como del suicidio consumado"³³

Buendía et al³³ plantea que la depresión en adolescentes está más fuertemente relacionada con la conducta suicida que la desesperanza. Estudios realizados sobre la depresión mencionan que:

las tasas de depresión son significativamente mayores en sujetos con tentativa de suicidio que en sujetos sin tentativa suicida, por lo que se sentían significativamente más deprimidos, desesperanzados y pesimistas y/o tenían más pensamientos suicidas y/o menos autoestima que otros estudiantes³³.

La depresión está relacionada muy directamente con la ideación suicida En un estudio sobre síntomas depresivos e ideación suicida se halla que "el 22% de los jóvenes tenía conjuntamente síntomas depresivos o ideación suicida, mientras que solo el 5% tenía ideación suicida sin síntomas depresivos"³³

La Desesperanza

Un factor de riesgo de ideación suicida es la desesperanza que se define "como un deseo de escapar de algo que uno considera que es un problema insoluble y no tiene esperanza de que el alivio del mismo sea posible en el futuro"³³.

Buendía et al³⁹, menciona en la investigación realizada por Beck en 1974 que la desesperanza tiene que ver en este sentido con un sistema de esquemas cognitivos que parte del elemento común de las expectativas negativas, hasta que lleva a un sentimiento general de desesperación y de falta de intención de vivir.

En adolescentes con trastornos del estado de ánimo, la desesperanza y autoestima parecen estar en relación con la presencia de ideación suicida grave controlando estadísticamente la severidad de la depresión, la desesperanza se ha encontrado relacionada con la severidad de la ideación suicida. La desesperanza junto con el consumo de alcohol, resultan ser importantes predictores del riesgo suicida.

La desesperanza tiene un significado importante a nivel psicológico que influye en la motivación del individuo y principalmente en los adolescentes donde no saben cómo manejar la situación ante un problema. Las persona que presentan ideas e intentos suicidas, que además desarrollan desesperanza, presentan un importante riesgo de cometer actos suicidas, ya que omiten selectivamente información positiva u optimista.

La desesperanza puede desarrollar resistencias en el proceso psicoterapéutico porque los individuos pueden selectivamente ignorar aquello que podría ayudarlos, prestándole atención exagerada a fracasos e ideas pesimistas.

Vulnerabilidad al estrés y sucesos vitales negativos

Los factores de riesgo importantes con respecto al mal manejo adecuado de los adolescentes se encuentran los “Diferentes sucesos de estrés significativo y la falta de afrontamiento adecuado a los mismos representan en sí un factor de riesgo constante”

Dificultad para solucionar problemas

Valdivia¹², en su libro comenta que las personas que tienen dificultad para resolver problemas y tomar decisiones adecuadas ha sido estudiada también de manera amplia por especialistas que lo definen como inseguridad, ambivalencia y visión generalizada de escasez de recursos ante diversos conflictos.

Los adolescentes consideran que no son capaces de afrontar aquello que se les presenta y, por ello, que desencadenan un episodio de crisis lo que puede llevar a falta de esperanza, ideas suicidas e intento de autoeliminación.

El adolescente al no solucionar de forma adecuada los problemas principalmente de índole interpersonal la persona podría sentir vergüenza e incluso depresión, las cuales inicia un proceso de aislamiento.

El proceso terapéutico en la solución de problemas se enfoca principalmente a nivel conductual, al comienzo.

Trastornos de personalidad

Valdivia¹², señala que los trastornos de la personalidad forma el diagnóstico más complejo y quizá de pronóstico más desfavorable en los diferentes problemas psicológicos o psiquiátricos que un ser humano puede presentar.

El trastorno de personalidad borderline merece una atención especial. Cuando las autoagresiones y los intentos de suicidio son recurrentes, el pronóstico tiende a ser desfavorable, pues a mayores intentos previos de suicidio son mayores las posibilidades de

volverlo a hacer. Este trastorno se da mayormente en adolescentes, pero también en adultos y se diagnostica entre edades de 15 y 17 años.

En los trastornos de la personalidad se encuentra también “La impulsividad y la inestabilidad emocional propias de esta población deben ser también tomadas con mucha precaución”

La impulsividad puede, por un lado, llevar a las personas a incurrir en actos suicidas u otro tipo de conductas «explosivo-intermitentes auto destructivas, por la dificultad de la energía en otras actividades saludables.

La inestabilidad emocional puede causar expresiones tan radicalmente distintas en los sentimientos que las personas tienden a sentirse desesperadas y alteradas a tal punto, que la idea del suicidio puede también obtener más protagonismo.

Valdivia señala que los trastornos de la personalidad histriónica podrían ser en algunos casos fingidas o exageradas, sería muy mal que el personal de salud le disminuya importancia, muy por el contrario, debemos considerar estos actos como factores de riesgo peligrosos.

Trastornos del ánimo

En el trastorno bipolar, se ha podido observar que “la mayoría de los intentos de suicidio se presentan en el periodo de estabilidad, y no durante las crisis de manía o depresión”

Las personas que sufren depresión pueden presentar alteraciones en el estado de ánimo lo que puede llevar al individuo a un desinterés por la vida y llegar a pensamientos que llegue a tentar contra la vida propia.

Trastornos alimenticios

Valdivia¹², menciona los diagnósticos de anorexia y bulimia también se han visto asociados a intentos de suicidio, además de trastornos de personalidad, ansiedad, entre otros.

En los trastornos alimenticios y los de personalidad especialmente el borderline, el riesgo es bastante alto, ya que puede presentar mayores niveles de ansiedad, descontrol de impulsos, consumo de sustancias, autoagresiones e intentos de suicidio.

Las intervenciones terapéuticas son de suma importancia a nivel de trastornos de la personalidad las cuales tienen una amplia relación con el suicidio y mayormente con la población adolescentes de la que en este tiempo ha aumentado significativamente así como la población infantil.

Alvares²⁵, señala en la guía de prevención de la conducta suicida resalta las terapias más utilizadas en la conducta suicida como lo son la terapia cognitivo-conductual, la terapia dialectico-conductual, resolución de conflictos, terapia familiar.

El Dr. Campos¹⁰ en su tesis Menciona los factores más importantes para detectar el riesgo suicida en los adolescentes:

2.2.5.1.2 Factores de Riesgo no modificables

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

2.2.5.1.3 Factores modificables

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

2.2.5.1.4 Depresión /ansiedad

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

2.2.5.1.5 Ideación suicida

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

2.2.5.1.6 Factores precipitantes

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

2.2.5.1.7 Creencias

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

2.2.5.1.8 Factores protectores

El manual MOSSAVI citado por Buitrago y Padilla³² afirma que los factores protectores “son aquellas situaciones, condiciones y circunstancias de los cuales se sabe que inhiben (hacen menos probable) la respuesta violenta”.

Las condiciones, situaciones o circunstancias que pueden proteger a las personas se agrupan en las siguientes categorías:

Vínculos Afectivos: Sólidas conexiones basadas en la afectividad que brindan sensación de reconocimiento, valor y amor, así como soporte emocional.

Competencias y Destrezas: Habilidad individual ejercitada, la cual permite a las personas reconocer el riesgo, evitarlo, contrarrestarlo y manejar el conflicto o la tensión de manera pacífica, o enfrentar la respuesta violenta, minimizando sus efectos destructores.

Recursos Institucionales: Conjunto de instituciones y herramientas externas a la persona -privadas o públicas- que tienen como rol prevenir, detectar, atender y solucionar los problemas de maltrato y violencia, en sus diferentes espacios y tipos, así como las redes de apoyo que ellas conforman intencional o espontáneamente³².

Las creencias y valores son parte de los factores protectores, el primero se define como certezas que construye la persona, sin bases demostrativas, las cuales rigen su comportamiento personal, grupal o colectivo. Ejemplo: creencias religiosas. Por su parte, los valores son criterios de vida, relación y convivencia, de carácter universal, que producen siempre un beneficio a quien los vive, a su entorno, a la comunidad y la sociedad en general. Los factores de protección son “aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado”³²

Los factores de protección están referidos a las áreas individual, relacional y social, de este modo un buen nivel de autoestima, un adecuado autocontrol emocional, la cohesión y comunicación familiar, el apego a un grupo de referencia positivo, actúan como factores de protección.

En este sentido los factores protectores actúan como procesos, mecanismos o elementos moderadores del riesgo, así pues este tipo de factores estarían presentes en la base de la resiliencia. La resiliencia es el resultado de una interacción entre el individuo y su ambiente. Es importante destacar que la conducta resiliente no es estable en el tiempo, ni tampoco lo es a través de los contextos sociales y/o culturales.

Las bases de la resiliencia son tanto constitucionales como ambientales y el grado en que este comportamiento se manifiesta está sujeto a la edad, el contexto y a otras variables como el sexo³².

El concepto de resiliencia se sustenta en la comprensión de las diferencias individuales que existen entre las personas, como también, en el cómo dichas diferencias entran en interacciones igualmente distintas, dependiendo de diversos factores³².

Los procesos y/o mecanismos amortiguadores o moderadores del estrés que contrarrestan el riesgo en relación con la resiliencia. Masten y Garmezy citado por Buitrago y Padilla³² agruparon las siguientes variables que según sus observaciones, operarían como factores protectores:

- Rasgos de personalidad tales como autonomía, autoestima y orientación social positiva;

- Cohesión familiar, calidez y ausencia de graves conflictos;
- Disponibilidad de sistemas de apoyo externo que refuercen y alienten los esfuerzos³².

La resiliencia se distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, esto es, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles.

El concepto se entrelaza con términos tales como los de vulnerabilidad, riesgo y mecanismos protectores, entre otros, ha caracterizado a la resiliencia como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida “sana” viviendo en un medio “insano”³²

Se establecen factores de protección personal y social:

Factores personales

- **Características temperamentales:**

Mayor tendencia al acercamiento.

Humor más positivo.

Ritmicidad biológica estable (control de esfínteres, patrones de sueño y alimentación).

▪ **Características cognitivas y afectivas**

Mayor empatía.

Mayor autoestima.

Mayor incentivación al logro.

Mayor sentimiento de autosuficiencia.

Menor tendencia a sentimientos de desesperanza.

Mayor autonomía e independencia.

Mayor actividad dirigida a la resolución de problemas, mejor manejo económico, Menor tendencia a la evitación de los problemas

Menor tendencia al fatalismo en situaciones difíciles.

Factores sociales:

- Ambiente cálido.
- Existencia de madres o sustitutas apoyadoras.
- Comunicación abierta al interior de la familia.
- Estructura familiar sin disfunciones importantes.
- Padres estimuladores.
- Buenas relaciones con los pares.
- Mayor apoyo social (emocional, material, informativo, entrega de valores)³².

Los factores protectores se dividen en factores personales, en los que se distinguen características ligadas al temperamento, particularidades cognitivas y afectivas; factores familiares tales como el ambiente familiar cálido y sin discordias, padres estimuladores, estructura familiar sin disfuncionalidades principales y factores socioculturales, entre otros, así hace una clasificación de estos de la siguiente manera:

Factores protectores generales:

- Buena adaptación al medio como alto nivel de tolerancia o alto nivel de necesidades básicas satisfechas
- Riqueza afectiva
- Comportamiento social apropiado
- Buen nivel de integración social
- Adecuada expresión verbal
- Altos niveles de seguridad

Factores individuales:

- Buen nivel de asertividad
- Buena tolerancia a la frustración
- Buen nivel de escolaridad
- Ausencia o buen manejo de situaciones de ansiedad o depresión
- Buen nivel de identidad
- Sentido de pertenencia al grupo familiar
- Adecuado nivel de autonomía y capacidad de resolución de problemas

Factores asociados a la Estructura Familiar:

- Presencia de figuras de autoridad
- Predominio de formas de comunicación asertiva
- Ausencia de consumo de sustancias psicoactivas
- Adecuada participación en la crianza de los hijos
- Presencia de metas a nivel personal y familiar

- Flexibilidad en el manejo del conflicto

Factores protectores asociados a la organización social:

- Alto nivel de escolaridad
- Sentido de pertenencia y arraigo del grupo familiar
- Actitudes y valores sociales positivos
- Buen nivel de interacción social
- Aceptable nivel de alternativas recreativas³².

Los factores de protección sirven como escudos para favorecer el desarrollo de los seres humanos, es decir, que las actuales tendencias en prevención, van orientadas hacia la promoción de factores de protección, no quedándose en sólo la identificación de los factores de riesgo, sino que se actúa en la construcción de alternativas, hacia procesos protectores que contribuyan a la reducción de conflictos de comportamiento.

Campos¹⁰ indica los siguientes factores protectores:

- ✓ Presencia de confianza en sí mismo, aprendiendo a sacar experiencias positivas de los fracasos.
- ✓ Educación que cuente con el destaque de éxitos, evitando así sentimientos de inseguridad.
- ✓ Presencia de habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades.
- ✓ Obtención de capacidad de autocontrol
- ✓ Desarrollo de una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia, perseverancia, razonable calidad de ánimo.
- ✓ Presencia de buena autoestima y autoimagen
- ✓ Desarrollo de inteligencia y habilidades para resolver problemas.

- ✓ Capacidad de buscar ayuda en momentos de dificultades sabiendo elegir la persona más adecuada para brindarlos.
- ✓ Adecuada integración social y creación de un criterio de pertenencia.
- ✓ Formación de buenas relaciones interpersonales con compañeros de estudio o trabajo, amigos, maestros y otras figuras significativas.
- ✓ Contar con el apoyo de los familiares y sentir que se le ama, se le acepta y apoya.
- ✓ Empleo adecuado y sano del tiempo libre.
- ✓ Evitar el consumo de sustancias adictivas (alcohol, drogas, tabaco, fármacos)
- ✓ Capacidad para expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos o ideas suicidas.

Los factores protectores son aquellos factores psicológicos, familiares o sociales que modifican la acción de un factor de riesgo para evitar la aparición de la problemática en este caso del suicidio, de la misma manera son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo, los factores protectores, apoyan o favorecen el pleno desarrollo del individuo, orientados hacia estilos de vida saludables, que determinan normas, valores y patrones de comportamiento contrarios al problema y a su vez sirven de amortiguadores o moderadores de los factores de riesgo.

2.2.6 Teorizante de Enfermería

Modelo de Joyce Travelbee de relación persona a persona

Es en el modelo de Travelbee se aborda como tal el concepto de enfermería psiquiátrica y en el que establece así mismo que la enfermería es también un arte y lo comprende cómo el uso consciente de la propia persona en la práctica del cuidar, ayudando y acompañando a otros en sus procesos de desarrollo psicosocial y de recuperación de enfermedades mentales. El propósito de la teorizante es comprender la situación que vive la persona, familia o grupo y a partir de esa comprensión establecer una relación de ayuda. El objetivo principal de la teorizante es la relación enfermero/paciente, es importante estudiar a la familia y comunidad para prevenir y afrontar esos problemas que está causando el desarrollo de la enfermedad en los adolescentes y que está provocando sufrimiento y preocupación a familiares y la sociedad debido a la poca y nula comunicación entre miembros del núcleo familiar principalmente. Lo que es de suma importancia la atención del profesional de enfermería en el área de la prevención con programas que ayuden a disminuir el número de casos de suicidio esto con ayuda de la relación que puede desarrollar el enfermero con el adolescente en el primer nivel y en la comunidad a través de las siguientes etapas mencionadas para una adecuada relación con el joven ya sea en la prevención y promoción, así como a nivel terapéutico.

La mayor premisa de la teoría de Travelbee es que la relación enfermera-paciente se establece después de cuatro fases que se enlazan: el encuentro original, identidades emergentes, la empatía y la simpatía. Todas ellas culminan en el rapport o el establecimiento de la relación³⁴.

Joyce Travelbee identifica las siguientes fases de la relación enfermera-persona:

Fase del encuentro original: Cuando la enfermera tiene un primer encuentro con el paciente, los sentimientos emergen en la interacción como resultado de las percepciones desarrolladas. La observación es el paso más importante en el proceso de enfermería. Estas percepciones son importantes porque lo que se ve y se deduce sobre el otro, los pensamientos y sentimientos, tienden a determinar los comportamientos y reacciones hacia él. La observación, las percepciones, al ser valoradas o juzgadas, son la base del subsiguiente patrón de interacción. Es esta la fase principal, ya que es el primer contacto del enfermero con el paciente para evaluación e identificación de los factores predisponentes al suicidio, por lo cual personal debe brindar confianza para lograr expectativas y dialogo al usuario. El primer encuentro con los usuarios o adolescentes se dio por medio de la presentación personal y explicación de la investigación, y entrega a los padres de una autorización para la aplicación del cuestionario.

Durante la explicación del tema de investigación y aplicación del cuestionario se observa las reacciones de los estudiantes en cuanto al tema de ideación suicidad como son las expresiones verbales, gestos y conductas de angustia o poco interés por el estudio.

Fase de identidades Emergentes: Durante esta fase ambos, enfermera y paciente, empiezan a establecer un enlace y a ver al otro menos como una categoría y más como un ser humano único. El paciente empieza a percibir a la enfermera como diferente, y no como la personificación de todas las

enfermeras. Durante el proceso de investigación y aplicación del instrumento se brinda seguridad y confianza al adolescente para la evacuación de dudas, expresión de sentimientos o preocupaciones del tema en desarrollo con identidades de gobierno en relación con posibles respuestas.

Fase de empatía: La unicidad de cada individuo se percibe más claramente; en cuanto a la empatía, no es un asunto continuo, la enfermera puede interactuar muchas veces con el paciente pero solo "empatiza" una o varias veces. Una vez ocurra la empatía, el patrón de interacción cambia. Otro de los requisitos para desarrollar empatía es el deseo de comprender o entender a la otra persona, que puede estar motivado por el deseo de ayudarlo y la curiosidad. Para lograr la empatía la relación enfermero-usuario se le explica al adolescente lo que puede esperar y sentir. Se valora las reacciones de la persona ante la presencia de incomodidad. Si es necesario mantener la individualidad, integridad y la intimidad de la persona.

Fase de simpatía: Es la capacidad de entrar en o compartir los sentimientos o intereses de otro. La simpatía implica una genuina preocupación del otro, combinada con el deseo de ayuda. El objetivo de la simpatía es transmitir al otro que su preocupación es también la nuestra y que deseamos poder ayudarlo a solucionarla. Ambas, la empatía y la simpatía, requieren una apertura perceptual a la experiencia y a la libertad mental que me permitirán hacer uso de la experiencia personal para entender y apreciar la experiencia de los otros. En esta etapa se brinda un abordaje para ayudar al usuario a conceptualizar sus

problemas, enfrentarlos de una forma adecuada y ayudar a buscar alternativas para solucionarlos.

Fase de Término: Es una interrelación cercana de pensamientos y sentimientos, transmitidos o comunicados de un ser humano a otro. Esta relación se caracteriza porque la enfermera y el paciente se perciben como seres humanos³⁴. Esta fase tiene como resolución final la comprensión mutua y establecimiento de la terapéutica ideal para resolución de conflicto e interacción con el ambiente externo, afrontando retos para un mejor desarrollo personal.

Es importante mencionar que esta teorizante contempla el concepto de integralidad, donde el profesional en enfermería debe enfrentar sin temor, la intimidad de los pacientes, como parte de la interacción con los demás, asimismo, fomentando la calidad de vida de estos. Lo anterior ayuda a la comprensión de uno mismo, entendimiento de la dinámica de la conducta humana, capacidad para interpretar aptitudes propias y las de los demás y habilidades para intervenir con eficacia en las situaciones de enfermería³⁴.

La aplicación de los elementos como la fase del encuentro original donde el profesional en enfermería observa al paciente y entra en la interacción necesaria para ayudar al paciente. En este mismo sentido, en el caso del presente estudio se utiliza la empatía como herramienta para acceder a la información de los encuestados. Al igual que el abordaje científico subjetivo en donde el profesional en enfermería considera los signos, síntomas, los problemas y las necesidades del paciente como parte fundamental de su quehacer diario.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

La investigación es cuantitativa ya que se fundamenta en aspectos observables y susceptibles de cuantificar, y utiliza las estadísticas para el análisis de datos y también utiliza la metodología empírica analítica.

El alcance de esta investigación cuantitativa es del tipo descriptivo puesto que no se les da un seguimiento a los estudiantes, únicamente se recolectan datos en un solo momento, obtenidos por un cuestionario aplicado durante el periodo octubre-noviembre del 2016.

3.2 Área de estudio

3.2.1 Unidad de análisis

En la investigación se cuenta con los sujetos de estudio, que sean hombres y mujeres entre edades de 12 a 19 años, estudiantes de los colegios del cantón de Alajuelita durante el periodo agosto-setiembre, 2016.

Los criterios de exclusión son aquellos estudiantes que no se presenten a clases el día de la aplicación del instrumento, así también aquellos estudiantes que tengan edades menores de 12 y superiores a los 19 años, además los docentes del centro educativo.

3.2.2 Fuentes

3.2.2.1 Primarias

La información es obtenida en la población adolescente en edades de 12 a 19 años que cursan en los colegios del cantón de Alajuelita en el segundo semestre del 2016 mediante la aplicación de un instrumento para la investigación y datos obtenidos para su análisis.

3.2.2.2 Secundarias

Se obtuvo literatura e información de libros recientes, artículos, revistas científicas documentos de internet y de la Biblioteca de Salud del Hospital San Juan de Dios y Hospital Nacional Psiquiátrico, Biblioteca virtual CENIT de la Universidad Hispanoamericana.

3.3 Población y Muestra

En la investigación se calcula una muestra con el software STATS, con una población total de 3000 estudiantes, con un margen de error de 5 %, y una validez de confianza de 95 %, recortado para una muestra de 608 estudiantes para un 50 % de porcentaje estimado. Los centros educativos donde se recolecto la muestra son escuela los Pinos ubicada en la Aurora, Colegio Liceo Teodoro Picado ubicada en la Aurora, Colegio Liceo de Alajuelita ubicada en San Felipe , colegio Love at Work ubicado en Alajuelita centro , Colegio Génesis Cristian School ubicado en San Josecito.

3.4 Técnicas e instrumento

En la investigación se utiliza como técnica para la recolección de datos el cuestionario versión abreviada del TEST de IRSA validado por la Universidad Hispanoamericana , con el propósito de obtener los datos de manera más acertada y de mejor calidad, que consiste en 27 preguntas de selección única con las opciones de marque “ SÍ y NO” , agrupado en 7 dimensiones (Factores no modificables, Factores modificables, depresión/ansiedad, Ideación suicida, Factores precipitantes, creencias y Factores protectores), el cuestionario

evaluará factores que pueden llevar al suicidio en adolescentes por medio de preguntas como lo son autoeliminación, ideas suicidas, conducta agresiva, ira hacia otras personas y hacia la misma, relación con los compañeros, trato de padres hacia el adolescente, autoestima, confianza, conocimiento, utilización y acceso de armas blanca y de fuego.

Se contacta al ministerio de salud para la solicitud de autorización de la aplicación del instrumento a los estudiantes de los diferentes centros de educación, la solicitud se hace al Ministerio de Educación, a la viceministra estudiantil, lo cual se entrega la propuesta de la investigación, instrumento aplicar y se adjunta un estudio realizado del 2009 a 2012 sobre el aumento de casos de suicidio en los cantones de Costa Rica en el estudio conglomerados de espaciales de suicidio en el grupo de etario de 10 a 24 años.

El formulario se aplicará a los estudiantes, lo cual deben responder en un único momento con la supervisión del encargado de la investigación.

Los permisos se obtienen con el apoyo del Ministerio de Salud y posterior la autorización del ministerio de educación, por lo que cada colegio local será el encargado del control interno y supervisión de la aplicación del cuestionario en horas fuera de clases. El método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica. La validez de un instrumento dio como resultado un coeficiente de 0.84 de confiabilidad.

3.5 Definición de operacionalización de variables

En la investigación se clasifican tres variables: características sociodemográficas, factores de riesgo en los adolescentes e ideación suicida.

3.5.1 Características sociodemográficas

3.5.1.1 Definición conceptual

Características de determinado grupo de personas

3.5.1.2 Definición operacional

Es la presencia de factores sociodemográficos como el sexo, edad, etnia, nacionalidad, estado civil y tipo de hogar, por medio de la implementación de un instrumento que permita obtener los resultados.

3.5.1.3 Dimensión

- ✓ Sexo
- ✓ Edad
- ✓ Raza
- ✓ Nacionalidad
- ✓ Estado civil
- ✓ Persona con quien vive

3.5.1.5 Definición instrumental

Encabezado del instrumento versión abreviada TEST IRSA

3.5.2 Factores de riesgo

3.5.2.1 Sub dimensiones del cuestionario

- ✓ Factores Modificables
- ✓ Factores no modificables
- ✓ Factores de Depresión/Ansiedad
- ✓ Factores de ideación suicida
- ✓ Factores precipitantes
- ✓ Factores de creencias
- ✓ Factores protectores

3.5.2.1 Definición conceptual

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

3.5.2.2 Definición operacional

Es la presencia de factores de riesgo como factores no modificables, modificables, precipitantes y creencias por medio de la implementación de un cuestionario.

3.5.2.3 Definición instrumental

Ítems 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13,14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 24, 25, 26, 27.

3.5.3 Ideación suicida

3.5.2.1 Definición conceptual

Es una acción que pueden realizar los adolescentes en contra de su vida a causa de un factor desencadenante.

3.5.2.2 Definición operacional

Es la presencia de factores riesgo como depresión/ansiedad e ideación suicida por medio de la implementación de un instrumento que permita obtener los resultados.

3.5.2.3 Definición Instrumental

Ítems 1, 4, 8, 11, 12, 19, 21, 23

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Definición instrumental	Fuente de información
Caracterizar la población sociodemográfica asociada a la ideación suicida.	Características sociodemográficas de la población	Son todas aquellas propiedades de determinado grupo de personas	Es la presencia de factores sociodemográficos como el sexo, edad, etnia, nacionalidad, Estado civil y tipo de hogar, por medio de la implementación de un instrumento que permita obtener los resultados.	Sexo Edad Etnia Nacionalidad Estado civil Tipo de familia	Encabezado del instrumento versión abreviada TEST IRSA	Estudiantes de secundaria de los colegios de Alajuelita

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Definición instrumental	Fuente de información
Determinar los factores de riesgo que conlleva al suicidio en los adolescentes.	Factores de riesgo	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión	Es la presencia de factores de riesgo como factores no modificables, modificables, precipitantes, creencias por medio de la implementación de un instrumento que permita obtener los resultados	Factores no modificables Factores modificables Factores precipitantes Creencias Factores protectores	Ítems 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13,14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 24, 25, 26, 27,	Estudiantes de secundaria de los colegios de Alajuelita
Identificar la presencia de ideación suicida en los adolescentes de los colegios del cantón de Alajuelita.	Ideación suicida		Es la presencia de factores riesgo como depresión/ansiedad e ideación suicida por medio de la implementación de un instrumento que permita obtener los resultados	Depresión/Ansiedad Ideación suicida	Ítems 1, 4, 8, 11, 12, 19, 21, 23	Estudiantes de secundaria de los colegios de Alajuelita

CAPÍTULO IV.
ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los siguientes gráficos y tablas, presentan datos que se obtuvieron de la aplicación del instrumento en la investigación, el cual se aplicó a la población de estudio sin ningún tipo de información del tema.

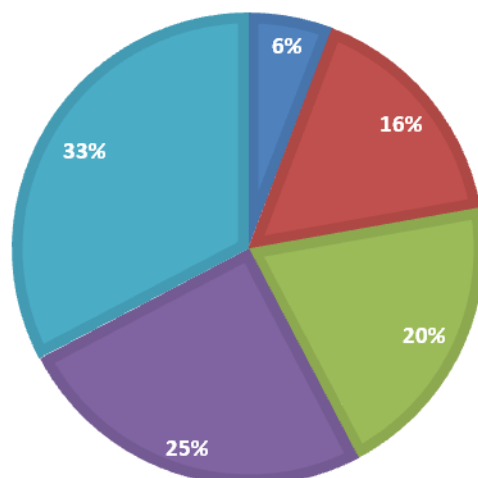
La caracterización sociodemográfica de la población de estudio se realiza por medio de la presentación de gráficos; el primero enfocado según distribución a centro educativo, el segundo según etnia, el tercero según sexo y el cuarto relacionado con la nacionalidad, el quinto según edad, el sexto asociado al estado civil y séptimo con el tipo de familia.

La identificación de factores de riesgo para la ideación e intento suicida se presenta mediante tablas que toma en cuenta las siguientes dimensiones: Factores no modificables, Factores modificables, depresión/ansiedad, Ideación suicida, Factores precipitantes, creencias y Factores protectores.

El análisis de cada una de las tablas brindará la relación entre cada una de las variables sociodemográficas y los factores de riesgo (dimensiones) y permitirá determinar de forma más global los aspectos que podrían relacionarse con la ideación suicida en los adolescentes. El resultado del análisis de las tablas se refleja a través de un puntaje de promedio de acuerdo a cada dimensión que consta de varias preguntas por cada categoría.

GRÁFICO N. 1 DISTRIBUCIÓN DE ESTUDIANTES ENTREVISTADOS SEGÚN COLEGIO CANTÓN DE ALAJUELITA, 2016.

■ Love at Work ■ Genesis Schol ■ Los Pinos ■ Teodoro Picado ■ Liceo Alajuelita

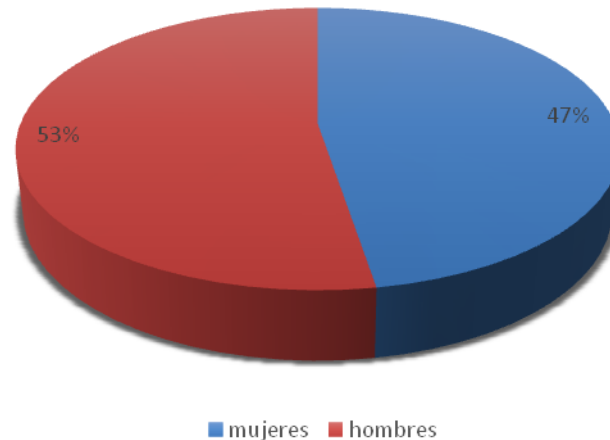


Fuente: Elaboración propia, 2016

El 33 % del Colegio del Liceo de Alajuelita equivale a 199 estudiantes, el 25 % al colegio Teodoro Picado con 152 estudiantes, el 20 % equivale a 122 personas en el centro educativo los Pinos, el 16 % al colegio Génesis Schol con 100 adolescentes y 6 % al centro educativo Love at Work con 35 estudiantes.

El mayor porcentaje de la población analizada corresponde a los centros educativos públicos con un porcentaje del 78 % lo que equivale a 473 estudiantes.

**Gráfico N. 2 Distribución de estudiantes entrevistados según sexo
Cantón de Alajuelita, 2016.**



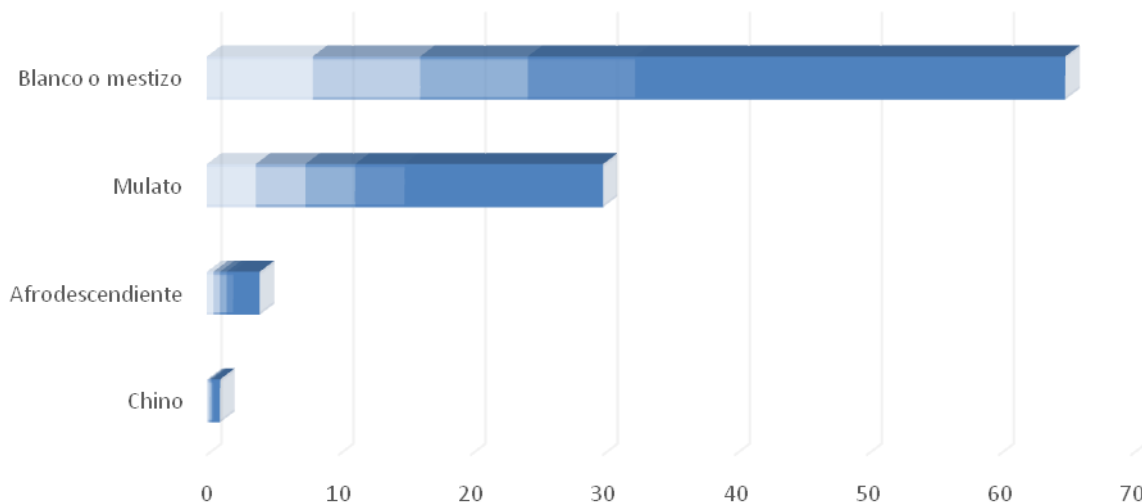
Fuente: Elaboración propia, 2016

La población total de adolescentes en estudio corresponde a 608; de estos 319 son hombres lo que corresponde al 53% y 289 son mujeres con un 47% de la población estudiada.

El sexo predominante en la población de estudio es el masculino.

No se afirma que la condición de sexo sea un factor de riesgo para la ideación suicida, estudios mencionados en el marco teórico apuntan a que son las mujeres las que mayor evidencian ideación e intentos suicidas, lo que estaría poniendo a casi la mitad de la población en mayor riesgo.

GRÁFICO N. 3 DISTRIBUCIÓN DE ESTUDIANTES SEGÚN ETNIA CANTÓN DE ALAJUELITA, 2016.



Fuente: Elaboración propia, 2016

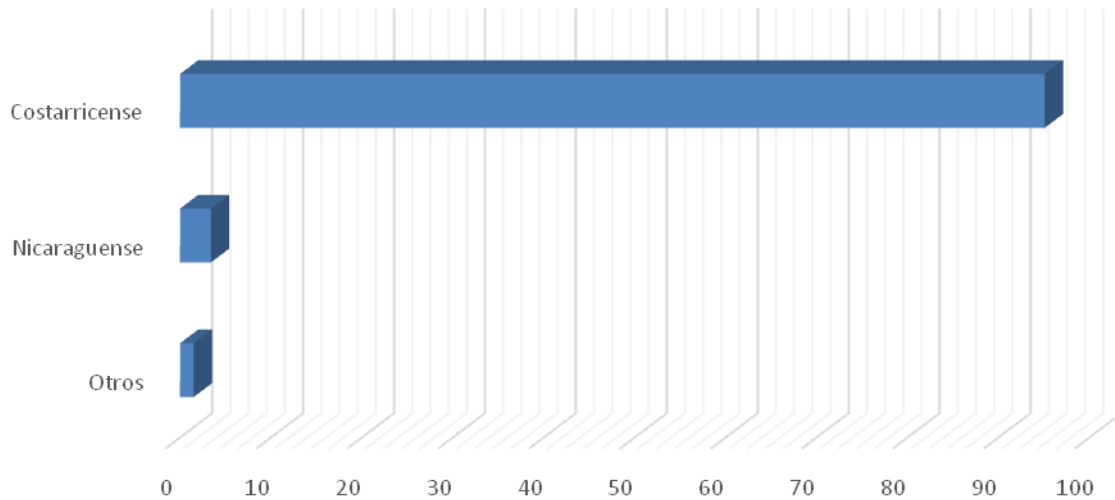
El 64 % corresponde a los mestizos, el 34% de los mulatos y afrodescendientes, y el 1 % a los chinos.

El mayor porcentaje de la población analizada la presenta los blancos o mestizos con 64 % lo que corresponde a 369 estudiantes de los entrevistados. Sumando afrodescendientes y mulatos el porcentaje de adolescentes asciende a 34%.

Dado que la población supera la tercera parte del estudio es importante profundizar en el estudio de la ideación suicida que presente dicho grupo étnico.

Shaffer y Pfeffer²¹ manifiestan que los factores culturales el suicidio era mucho más común entre los blancos que entre los afroamericanos de todas las edades. La tasa de suicidio en los afro-americanos y otros varones adolescentes se ha incrementado rápidamente, mientras que la tasa entre los blancos ha estado estable o ha declinado.

**Gráfico N. 4 Población Estudiantil según Nacionalidad.
Cantón de Alajuelita, 2016.**

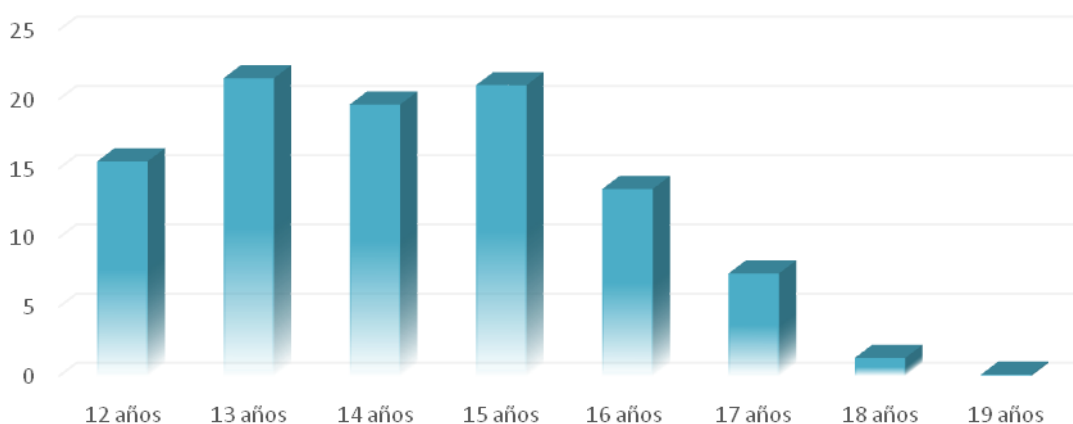


Fuente: Elaboración propia, 2016

Los costarricenses presentan 95 % con una población de 566, los nicaragüenses con un 3% de 20 estudiantes y otras nacionalidades con un 2 % con una población de 9 estudiantes.

La población en estudio la que predomina según la nacionalidad son los costarricenses con 566 de la población total que son 608 personas. Las otras nacionalidades mencionadas anteriormente corresponden a colombianos, hondureños, salvadoreños, peruanos, mexicanos, estadounidenses.

GRÁFICO N. 5 DISTRIBUCIÓN DE ESTUDIANTES ENTREVISTADOS SEGÚN EDAD. CANTÓN DE ALAJUELITA, 2016.



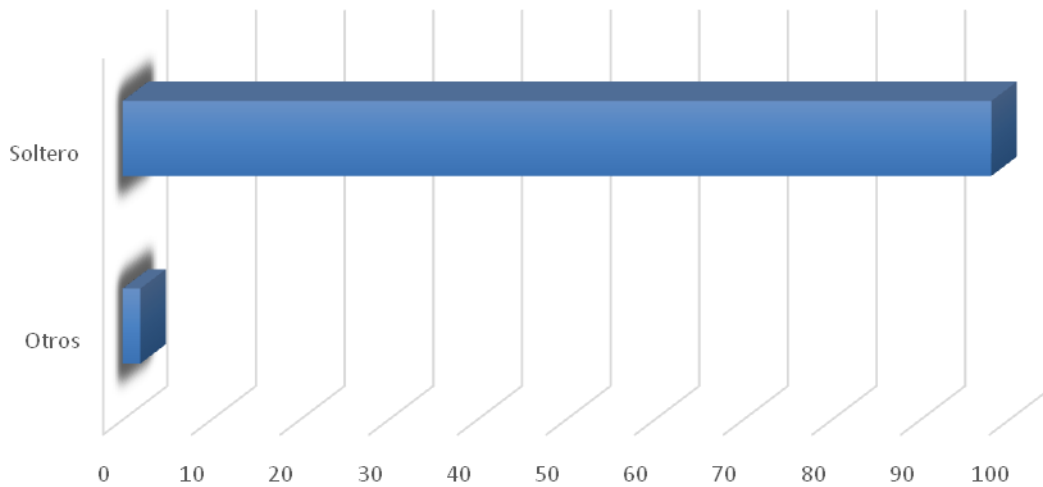
Fuente: Elaboración propia, 2016

El 16 % corresponde al grupo etario de 12 años, el 22 % al de 13 años, el 20 % al de 14 años, el 21 % de 15 años, el 12 % de 16 años, el 7 % de 17 años, el 1 % de 18 años y con 1 % 19 años.

El mayor grupo etario de estudiantes entrevistados son 12-15 años poseen el porcentaje más alto con el 79 % y el grupo de 16-19 años con un porcentaje de 21 %.

La OMS en el año 2012 menciona que más de 800 000 personas se suicidan cada año, lo que representa una muerte cada 40 segundos. La incidencia por grupos de edad y sexo indica que tanto los hombres como las mujeres en los grupos en edades entre los 10-14 y 15-19 poseen las tasas más altas de intentos de suicidio⁵.

**Gráfico N. 6 Distribución de Estudiantes según Estado Civil.
Cantón de Alajuelita, 2016.**

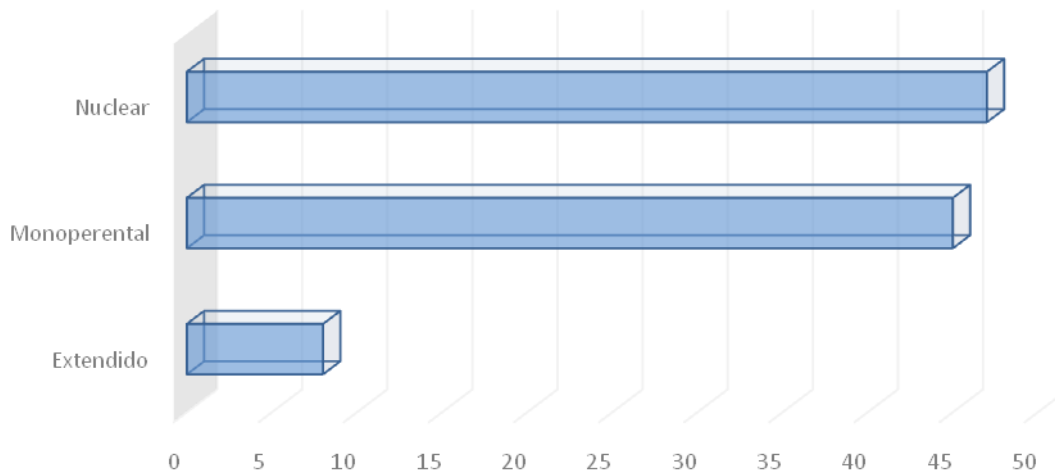


Fuente: Elaboración propia, 2016

El 98% de los estudiantes es soltero y un 2 % está en unión libre y casados.

La población analizada se caracteriza por estar soltera con un total de 565 estudiantes.

Gráfico N. 7 Distribución porcentual de los Estudiantes según Tipo de Familia que convive. Cantón de Alajuelita, 2016.



Fuente: Elaboración propia, 2016

El 47 % corresponde a la familia nuclear, la familia monoparental con un 45 % y la familia extendida con un 8 %.

La mayoría de la población en estudio se encuentra dentro del núcleo familiar lo que disminuye el riesgo de ideación suicida en la población adolescente del cantón de Alajuelita.

Villalobos⁶, identificó una variedad importante de factores de riesgo, principalmente en la etapa adolescente de tipo familiar donde desarrollan problemas económicos, sociales, emocionales y de relación entre padres que puede llevar a la ruptura familiar y por ende a conformar un factor de riesgo para el niño o adolescente.

Tabla 1. Promedio de puntajes de riesgo suicida según características sociodemográficas. Alajuelita, Costa Rica, 2016.

Variable sociodemográfica	Prom.	D.E.	<i>p-value</i>
SEXO			
Masculino	3.9	3.5	<i>p</i> = 0.005
Femenino	4.1	3.6	
EDAD			
12 años	4.2	4.1	<i>p</i> = 0.979
13 años	4.1	3.8	
14 años	4.3	4.3	
15 años	4.5	4.1	
16 años	4.4	3.1	
17 años	4.8	3.3	
18 años	5.1	3.1	
19 años	5.0	0.0	
NACIONALIDAD			
Costarricenses	4.4	3.8	<i>p</i> = 0.513
Nicaragüenses	5.1	4.9	
Otros	5.4	5.9	
ETNIA			
Blanco o mestizo	4.4	3.9	<i>p</i> = 0.791
Mulato	4.5	3.9	
Afrodescendiente	4.2	3.9	
Chino	2.8	2.3	
ESTADO CIVIL			
Soltero	4.3	3.8	<i>p</i> = 0.828
Otros	4.6	3.3	
TIPO DE FAMILIA			
Monoparental	4.4	3.8	<i>p</i> = 0.003
Nuclear	4.0	3.6	
Extendida	6.1	5.2	

Fuente: Elaboración propia, 2016

El promedio total de la población en estudio de riesgo suicida según características sociodemográficas, tiene al sexo masculino con un promedio de 3.9 y la población femenina con un promedio de 4.1, el tipo de hogar describe a la familia monoparental con un promedio de 4.4, la nuclear con 4.0 y la extendida con un 6.1.

Los valores más significativos con respecto al promedio según las variables sociodemográficas están predominadas según sexo con un Valor de $P = 0.005$, donde muestra que las mujeres representa mayor riesgo suicida que los hombres. La familia presenta un valor significativo de $P= 0.003$ lo que muestra un mayor riesgo suicida en el tipo de familia monoparental y extendida con un porcentaje del 52.5 % de la población total.

López³ describe que existen factores desencadenantes específicos en el sexo femenino y el grupo más afectado según el grupo etario entre edades de 14 a 15 años. Existe una importancia de los problemas familiares respecto al suicidio en adolescentes, una familia disfuncional puede disminuir la autoestima de los niños y adolescentes que puede llevar al riesgo de suicidio. Los factores de riesgo pueden presentar conflictos que pueden producirse durante la crianza del niño, como lo son “las agresiones frecuentes y el maltrato físico por parte de sus tutores⁸.

Tabla 2. Promedio de puntajes de factores de riesgo no modificables según características sociodemográficas. Alajuelita, Costa Rica, 2016.

Variable sociodemográfica	Prom.	D.E.	<i>p-value</i>
SEXO			
Masculino	0.6	0.9	<i>p</i> = 0.000
Femenino	1.0	1.3	
EDAD			
12 años	0.9	1.2	<i>p</i> = 0.722
13 años	0.8	1.1	
14 años	0.6	1.2	
15 años	0.8	1.2	
16 años	0.7	0.9	
17 años	0.8	1.1	
18 años	1.3	1.3	
19 años	1.0	0.0	
NACIONALIDAD			
Costarricenses	0.8	1.1	<i>p</i> = 0.589
Nicaragüenses	1.0	1.3	
Otros	1.1	1.8	
ETNIA			
Blanco o mestizo	0.7	1.1	<i>p</i> = 0.326
Mulato	0.9	1.3	
Afrodescendiente	0.6	0.9	
Chino	0.2	0.4	
ESTADO CIVIL			
Soltero	0.8	1.1	<i>p</i> = 0.126
Otros	0.2	0.6	
TIPO DE FAMILIA			
Monoparental	0.8	1.2	<i>p</i> = 0.007
Nuclear	0.7	1.0	
Extendida	1.2	1.6	

Fuente: Elaboración propia, 2016

El 1.0 corresponde al promedio del sexo femenino y el 0.6 al sexo masculino, la edad de mayor promedio corresponde al grupo etario de 18 años con 1.3. El puntaje de mayor promedio según etnia se encuentra los mulatos con un 0.9, el promedio de la población según estado civil tiene como dato de mayor relevancia a los solteros con 0.8 y en el tipo de hogar, la familia extendida posee un promedio de 1.2.

Los datos sociodemográficos más significativos en relación a los factores no modificables se presentan en las mujeres con un puntaje promedio de 1.0, lo que existe un mayor riesgo en la ideación e intento suicida. La familia extendida tiene un valor significativo con un valor de $p= 0.007$, el promedio es de 1.2, lo que evidencia un riesgo de suicidio que puede ser debido a la disfunción familiar y personas externas al hogar relacionado al poco apoyo del núcleo familiar, por lo cual pueden desarrollar factores de riesgo como violencia intrafamiliar.

Los factores de riesgo no modificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno al clínico. Sáenz⁹ menciona que los intentos de autoeliminación se presentan principalmente en mujeres, sin embargo, predominaron los gestos suicidas, debido a que la mayoría de las acciones desplegadas no tuvieron secuelas físicas de importancia.

Los intentos suicidas usualmente se relacionan con maltrato físico y sexual en el hogar produciendo síntomas depresivos, desesperanza y conducta suicida. Existen factores desencadenantes como lo son intentos previos de suicidio, la muerte de un ser querido o amigo en relación con el suicidio que lleven al adolescente a presentar ideas de autoeliminación.

Tabla 3. Promedio de puntajes de factores modificables según características sociodemográficas. Alajuelita, Costa Rica, 2016.

Variable sociodemográfica	Prom.	D.E.	<i>p-value</i>
SEXO			
Masculino	0.4	0.7	<i>p</i> = 0.000
Femenino	0.1	0.4	
EDAD			
12 años	0.1	0.4	<i>p</i> = 0.000
13 años	0.1	0.4	
14 años	0.2	0.5	
15 años	0.3	0.8	
16 años	0.4	0.7	
17 años	0.6	0.9	
18 años	0.6	0.9	
19 años	1.0	0.0	
NACIONALIDAD			
Costarricenses	0.3	0.6	<i>p</i> = 0.941
Nicaragüenses	0.3	0.5	
Otros	0.2	0.4	
ETNIA			
Blanco o mestizo	0.3	0.7	<i>p</i> = 0.297
Mulato	0.2	0.5	
Afrodescendiente	0.5	0.9	
Chino	0.0	0.0	
ESTADO CIVIL			
Soltero	0.3	0.6	<i>p</i> = 0.000
Otros	1.3	1.4	
TIPO DE FAMILIA			
Monoparental	0.3	0.6	<i>p</i> = 0.818
Nuclear	0.3	0.6	
Extendida	0.4	0.8	

Fuente: Elaboración propia, 2016

El sexo femenino presenta un promedio de 0.1 y el masculino 0.4, la edades con mayor relevancia es la de 17, 18 años con promedio de 0.6 y de 19 años con 1.0, los promedios según nacionalidad presentan a los costarricenses y nicaragüenses con un 0.3; los afrodescendientes presentan un promedio de 0.5; en el estado civil casado y unión libre

muestran un 1.3 y el puntaje según tipo de hogar la familia extendida tiene un promedio de 0.4.

En el sexo masculino es donde predomina los factores de riesgo modificables en esta población, ya que los hombres desencadenan mayor riesgo debido al consumo de sustancias ilícitas, las edades que predominan son las de 17 y 18 años lo cual tienen un valor significativo importante con un valor $p= 0.000$, en comparación de edades de 12 a 16 con menos promedio pero en ascenso, los casados y en unión libre con un mayor riesgo que desarrollen estos factores modificables con un promedio de 0.000, los afrodescendientes tienen un puntaje de promedio mayor de riesgo en comparación con las otras etnia con un 0.5.

Navas¹¹ señala que el abuso de drogas adictivas conlleva un alto riesgo de ideación suicida. Aproximadamente 1/3 de varones y 1/5 de mujeres que intentan suicidarse abusan del alcohol y cerca de 1/10 de alcohólicos mueren por suicidio.

El hombre utiliza mayormente sustancias como la drogas y el alcohol a causa de la poca atención familiar que afecta la convivencia con esta, también se ve más afectado debido a las relaciones conflictivas entre amigos o pareja afectiva, en la cual el adolescente se siente utilizado y donde en cierta manera vive en una relación de agresión e imposiciones por parte de su pareja.

Tabla 4. Promedio de puntajes de Depresión/Ansiedad según características sociodemográficas. Alajuelita, Costa Rica, 2016.

Variable sociodemográfica	Prom.	D.E.	<i>p-value</i>
SEXO			
Masculino	1.0	1.1	<i>p</i> = 0.019
Femenino	1.3	1.2	
EDAD			
12 años	1.2	1.3	<i>p</i> = 0.953
13 años	1.0	1.2	
14 años	1.1	1.2	
15 años	1.1	1.1	
16 años	1.2	1.1	
17 años	1.0	1.0	
18 años	1.2	1.1	
19 años	0.0	0.0	
NACIONALIDAD			
Costarricenses	1.1	1.2	<i>p</i> = 0.569
Nicaragüenses	1.1	1.3	
Otros	1.6	1.4	
ETNIA			
Blanco o mestizo	1.2	1.2	<i>p</i> = 0.764
Mulato	1.2	1.2	
Afrodescendiente	1.0	1.0	
Chino	0.8	0.8	
ESTADO CIVIL			
Soltero	1.1	1.2	<i>p</i> = 0.260
Otros	1.4	1.3	
TIPO DE FAMILIA			
Monoparental	1.1	1.2	<i>p</i> = 0.025
Nuclear	1.4	1.1	
Extendida	1.6	1.5	

Fuente: Elaboración propia, 2016

El promedio de los hombres es de 1.0 y de las mujeres es de 1.3, en las entre las edades de 12 a 18 tiene un promedio de 1.0 a 1.2, casados y unión libre 1.4, en el tipo de hogar la familia extendida presenta 1.6.

En la población analizada la diferencia más significativa la presenta las variables según sexo y tipo de familia, lo cual las mujeres presentan mayor factores de riesgo que conllevan a la ansiedad y depresión, los adolescentes que vienen de familias con un riesgo mayor a presentar una ideación suicida debido a la baja autoestima que puedan presentar como lo presenta la tabla anterior con la familia extendida con un promedio de 1.6.

El antecedente familiar de depresión elevó a más de catorce veces el riesgo; principalmente las malas relaciones con los padres.

Buendía³⁹ menciona la depresión como uno de los factores de riesgo más común en conductas suicidas en jóvenes. La impulsividad puede, por un lado, llevar a las personas a incurrir en actos suicidas u otro tipo de conductas «explosivo-intermitentes auto destructivas, la inestabilidad emocional puede causar expresiones tan radicalmente distintas en los sentimientos que las personas tienden a sentirse desesperadas

Tabla 5. Promedio de puntajes de Ideación suicida según características sociodemográficas. Alajuelita, Costa Rica, 2016.

Variable sociodemográfica	Prom.	D.E.	<i>p-value</i>
SEXO			
Masculino	0.3	0.6	<i>p</i> = 0.063
Femenino	0.4	0.7	
EDAD			
12 años	0.3	0.7	<i>p</i> = 0.356
13 años	0.2	0.6	
14 años	0.3	0.7	
15 años	0.4	0.7	
16 años	0.2	0.5	
17 años	0.4	0.6	
18 años	0.3	0.5	
19 años	1.0	0.0	
NACIONALIDAD			
Costarricenses	0.3	0.6	<i>p</i> = 0.128
Nicaragüenses	0.5	1.0	
Otros	0.6	0.8	
ETNIA			
Blanco o mestizo	0.3	0.6	<i>p</i> = 0.943
Mulato	0.3	0.6	
Afrodescendiente	0.3	0.6	
Chino	0.2	0.4	
ESTADO CIVIL			
Soltero	0.3	0.6	<i>p</i> = 0.270
Otros	0.5	0.7	
TIPO DE FAMILIA			
Monoparental	0.3	0.6	<i>p</i> = 0.215
Nuclear	0.3	0.6	
Extendida	0.5	0.8	

Fuente: Elaboración propia, 2016

Los factores de riesgo en relación con la ideación suicida muestra al sexo femenino 0.4 y masculino 0.3, en la edad el de menor promedio es el de 16 años con un 0.2, y el de mayor puntaje lo refleja la edad de 19 años, los costarricenses con 0.3, en la etnia se observa a los chinos con un puntaje menor de promedio de 0.2, en el tipo de hogar la familia extendida presenta 0.5.

Los datos anteriores no presentan una diferencia significativa entre las variables sociodemográficas según ideación suicida.

Sánchez, Musitu, Villareal y Martínez²² el suicidio podría definirse como un “proceso que inicia con la conducta del joven sobre la ideación suicida en expresiones como preocupación autodestructiva, planificación de un acto letal y deseo de muerte.

Ideación suicida son pensamientos, deseos, expectativas, añoranzas, implícitas o explícitas que contemplan la autoeliminación como objetivo²⁵.

Tabla 6. Promedio de puntajes de los factores precipitantes según características sociodemográficas. Alajuelita, Costa Rica, 2016.

Variable sociodemográfica	Prom.	D.E.	<i>p-value</i>
SEXO			
Masculino	0.2	0.4	<i>p</i> = 0.617
Femenino	0.1	0.4	
EDAD			
12 años	0.1	0.3	<i>p</i> = 0.282
13 años	0.2	0.4	
14 años	0.2	0.5	
15 años	0.1	0.4	
16 años	0.1	0.3	
17 años	0.1	0.3	
18 años	0.2	0.4	
19 años	0.0	0.0	
NACIONALIDAD			
Costarricenses	0.2	0.4	<i>p</i> = 0.953
Nicaragüenses	0.2	0.4	
Otros	0.2	0.4	
ETNIA			
Blanco o mestizo	0.2	0.4	<i>p</i> = 0.750
Mulato	0.2	0.4	
Afrodescendiente	0.1	0.3	
Chino	0.0	0.0	
ESTADO CIVIL			
Soltero	0.2	0.4	<i>p</i> = 0.982
Otros	0.2	0.4	
TIPO DE FAMILIA			
Monoparental	0.1	0.3	<i>p</i> = 0.460
Nuclear	0.2	0.4	
Extendida	0.2	0.5	

Fuente: Elaboración propia, 2016

En los factores precipitantes se tiene al sexo masculino con 0.2 y las mujeres con 0.1, en la edad el promedio de 12 a 18 años va desde 0.1 a 0.2, en la nacionalidad se presenta un promedio igual de 0.2, en la etnia el promedio va de 0.0 a 0.2, en los solteros y casados presentan un promedio de 0.2 y el tipo de hogar va desde el 0.1 a 0.2. Los datos anteriores no evidencian diferencia significativa entre las variables sociodemográficas en cuanto a los

factores de riesgo precipitantes como lo son el enojo, ruptura de alguna relación de pareja, estresor reciente o estrés vital para el desempeño diario del adolescente.

El acoso de cualquier tipo, es un problema frecuente donde el joven encuentra difícil hablar y que puede hacer que ir al colegio sea un problema por la burla que se presenten entre los mismos escolares¹⁰. Dentro de los trastornos de la personalidad se encuentra también “La impulsividad y la inestabilidad emocional propias de esta población deben ser también tomadas con mucha precaución”

**Tabla 7. Promedio de puntajes de creencias según características sociodemográficas.
Alajuelita, Costa Rica, 2016.**

Variable sociodemográfica	Prom.	D.E.	<i>p-value</i>
SEXO			
Masculino	0.8	0.5	<i>p</i> = 0.001
Femenino	0.9	0.5	
EDAD			
12 años	0.8	0.6	<i>p</i> = 0.302
13 años	0.9	0.4	
14 años	0.8	0.4	
15 años	0.8	0.5	
16 años	0.8	0.4	
17 años	0.7	0.5	
18 años	0.5	0.5	
19 años	1.0	0.0	
NACIONALIDAD			
Costarricenses	0.8	0.5	<i>p</i> = 0.239
Nicaragüenses	0.8	0.6	
Otros	0.5	0.5	
ETNIA			
Blanco o mestizo	0.8	0.4	<i>p</i> = 0.978
Mulato	0.8	0.5	
Afrodescendiente	0.8	0.4	
Chino	0.8	0.4	
ESTADO CIVIL			
Soltero	0.8	0.5	<i>p</i> = 0.463
Otros	0.7	0.4	
TIPO DE FAMILIA			
Monoparental	0.8	0.4	<i>p</i> = 0.004
Nuclear	0.8	0.5	
Extendida	1.0	0.5	

Fuente: Elaboración propia, 2016

Los factores de riesgo según creencias muestran diferencia importante según sexo donde las mujeres presentan un promedio mayor de riesgo suicida que los hombres, con un 0.9 de 289 de la población femenina, en la edad, nacionalidad, etnia, y estado civil no existe diferencia significativa entre sí. En el tipo de hogar la familia que presenta mayor riesgo de suicidio, ideación e intento según los factores de riesgo relacionado a las creencias es la

extendida con un promedio de 1.0, lo que muestra una insatisfacción, negatividad, baja autoestima al adolescente causando desesperanza en la vida.

Entre los factores de riesgo se menciona la desesperanza que se define “como un deseo de escapar de algo que uno considera que es un problema insoluble y no tiene esperanza de que el alivio del mismo sea posible en el futuro”³⁹.

Tabla 8. Promedio de puntajes de factores protectores según características sociodemográficas. Alajuelita, Costa Rica, 2016.

Variable sociodemográfica	Prom.	D.E.	<i>p-value</i>
SEXO			
Masculino	0.6	1.0	
Femenino	0.8	1.1	$p = 0.013$
EDAD			
12 años	0.6	0.9	
13 años	0.7	1.0	
14 años	0.9	1.3	
15 años	0.7	1.0	$p = 0.602$
16 años	0.7	1.0	
17 años	0.8	0.9	
18 años	0.7	0.8	
19 años	1.0	0.0	
NACIONALIDAD			
Costarricenses	0.7	1.0	
Nicaragüenses	1.0	1.1	$p = 0.132$
Otros	1.3	1.5	
ETNIA			
Blanco o mestizo	0.7	1.1	
Mulato	0.7	1.0	
Afrodescendiente	0.6	1.0	$p = 0.925$
Chino	0.8	0.8	
ESTADO CIVIL			
Soltero	0.7	1.0	
Otros	0.2	0.4	$p = 0.111$
TIPO DE FAMILIA			
Monoparental	0.8	1.0	
Nuclear	0.6	1.0	$p = 0.088$
Extendida	1.0	1.3	

Fuente: Elaboración propia, 2016

Los factores protectores evidencian que el sexo femenino presenta un promedio de 0.8 a diferencia del sexo masculino con un valor promedio de 0.6, por lo que las mujeres presentan mayor apoyo familiar o de otras personas cercanas en momentos de dificultad, el grupo etario de mayor protección ante los factores de riesgo es el de 14 años pero no hay

diferencia significativa entre sí, los costarricenses son los que presenta mayor riesgo con un promedio de 0.7 no siendo un dato representativo, en la etnia no existe diferencia significativa con un valor $p= 0.925$, el estado civil y el tipo de hogar la familia extendida tiene un puntaje mayor de 1.0 pero no muestra diferencia significativa.

Campos¹⁰ menciona que los factores protectores son aquellos factores psicológicos, familiares o sociales que modifican la acción de un factor de riesgo para evitar la aparición de la problemática en este caso del suicidio. los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo, los factores protectores, apoyan o favorecen el pleno desarrollo del individuo, orientados hacia estilos de vida saludables, que determinan normas, valores y patrones de comportamiento contrarios al problema y a su vez sirven de amortiguadores o moderadores de los factores de riesgo

Tabla 9
Promedio de puntajes de riesgo suicida según características sociodemográficas
Alajuelita, Costa Rica, 2016.

Variable sociodemográfica	Riesgo S	Factor N.M	Factor M	Factor D/A	Factor I/S	Factor P	Factor C	Factor Prot
Sexo								
Masculino	3.9	0.6	0.4	1.0	0.3	0.2	0.8	0.6
Femenino	4.1	1.0	0.1	1.3	0.4	0.1	0.9	0.8
Tipo de familia								
Monoparental	4.4	0.8	0.3	1.1	0.3	0.1	0.8	0.8
Nuclear	4.0	0.7	0.3	1.4	0.3	0.1	0.8	0.6
Extendida	6.1	1.2	0.4	1.6	0.5	0.2	1.0	1.0
Edad								
12 años	4.2	0.9	0.1	1.2	0.3	0.1	0.8	0.6
13 años	4.1	0.8	0.1	1.0	0.2	0.2	0.9	0.7
14 años	4.3	0.6	0.2	1.1	0.3	0.2	0.8	0.9
15 años	4.5	0.8	0.3	1.1	0.4	0.1	0.8	0.7
16 años	4.4	0.7	0.4	1.2	0.2	0.1	0.8	0.7
17 años	4.8	0.8	0.6	1.0	0.4	0.1	0.7	0.8
18 años	5.1	1.3	0.6	1.2	0.3	0.2	0.5	0.7
19 años	5.0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	1.0	1.0

Fuente: Elaboración propia, 2016

Los Factores de riesgo según datos sociodemográficos más sobresalientes en relación a todas las dimensiones de riesgo son sexo, tipo de familia y edad, donde las mujeres presentan un mayor riesgo de intento de autoeliminación y suicida en comparación con los hombres que presentan un promedio menor en la mayoría de las dimensiones, con excepción en las dimensiones de factores modificables y precipitantes con mayor promedio representativo los hombres. La familia extendida en todas sus dimensiones tiene un riesgo suicida mayor en comparación con la monoparental y la nuclear. Entre las edades no hay diferencia, pero el riesgo de intento de autoeliminación existe en todo el grupo etario.

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

El sexo predominante en la población de estudio es el masculino.

La población de estudio en mayor cantidad de adolescentes entrevistados predominaron en los colegios públicos con 78 % que equivale a 473 estudiantes y con un 22 % de 135 adolescentes.

Todos los estudiantes entrevistados se encuentran en etapa de la adolescencia entre edades de 12 a 19 años, donde en estudios anteriores se menciona este cantón de Alajuelita con esta población analizada lo que incrementa un mayor riesgo de ideación suicida en los adolescentes de estas edades.

La población analizada es de 608 estudiantes de los cuales se muestra que las mujeres son quienes más presentan mayor riesgo suicidad de la población entrevistada en general, mientras que los varones presentan un menor riesgo, como lo demuestra estadísticas del ministerio de salud sobre la incidencia de intentos suicidas en edades de 10-19 años que ha ido en aumento esta problemática donde la ideación e intento suicida se presenta más en mujeres.

En la familia los factores de riesgo posibles que se pueden presentar son la ruptura familiar, divorcio, falta de afecto entre padres lo que conlleva al adolescente a observar todo lo que se desarrolla a su entorno de manera negativa y presentar conductas de riesgo para su vida, muchas veces debido a la falta de apoyo de uno de sus padres como lo presenta significativamente en la variable de tipo de familia monoparental y extendida.

En los factores no modificables se evidencia el riesgo de intento suicida que presenta el sexo femenino en cuanto a factores que desencadenen pensamientos e intentos de

autoeliminación, abuso físico o violencia doméstica y abuso sexual de una familia disfuncional como lo muestran los datos en la investigación con respecto al tipo de familia evidenciando mayor riesgo a la familia extendida con un promedio de 1.2.

Los factores modificables mantienen como dato relevante a los hombres como la población de mayor riesgo de este y entre edades de 17 y 18 años con un promedio de 0.6 lo que hace referencia a la literatura que los hombres mayor riesgo de intento suicida debido al consumo excesivo de alcohol u otro tipo de drogas que desencadenen esta problemática social y los adolescentes que se encuentran más vulnerables son las que están con un tipo de relación de pareja en convivencia lo que puede desarrollar a problemas afectivos de pareja, poco apoyo y llevar a la ideación suicida.

Los factores que se valoran en la dimensión depresión/ansiedad tienen como variables significativas al sexo femenino con un promedio de 1.3 con valor de $P= 0.019$ lo que existe una diferencia con el sexo masculino, la variable de tipo de familia evidencia un nivel de validez de 0.025, lo que refleja riesgo a mujeres y familias disfuncionales.

El mayor porcentaje de factores de riesgo relacionados con las creencias tiene como variables al sexo femenino con un promedio mayor que el masculino con un 0.9 y un valor de relevancia de 0.001. La variable sobre el tipo de hogar tiene a la familia extendida con un promedio mayor con el 1.0 lo que refleja que esta población sea más susceptible a la ideación suicida.

Los factores protectores reflejan como variable de mayor relevancia la característica sociodemográfica según sexo, donde existe mayor apoyo familiar en las mujeres, no siendo esto una prevención absoluta en no incurrir en un riesgo suicida.

5.2 Recomendaciones

Las recomendaciones establecidas después de la realización de la investigación, son las siguientes:

A los estudiantes de secundaria de los colegios analizados:

Asistir a los talleres que se dictan sobre la prevención del suicidio.

Hablar con sus padres cuando sientan inquietud o necesidad de un amigo que lo aconseje.

Reflexionar constructivamente sobre su proyecto de vida y sobre cómo este determina la manera en que lleva acabo la prevención del suicidio.

A los docentes y/o familiares:

Ser coherentes con los mensajes preventivos que utilicen con los jóvenes. En el caso que el docente/padre o familiar con algún factor de riesgo, será importante que evite exponerlo o manifestarlo en presencia del adolescente.

No utilizar en ningún caso el miedo como herramienta preventiva, ya que las amenazas bloquean las vías de comunicación y no son en absoluto efectivas para reducir o prevenir la situación, ni a corto ni a largo plazo.

A los centros educativos:

Diseñar e implementar programas educativos dirigidos a los adolescentes sobre los factores de riesgo y cómo prevenirlos.

Implementar programas de prevención a largo plazo, durante la etapa escolar con repetidas intervenciones para reforzar las metas de prevención originales. La información suministrada debe ser veraz, comprobable y proporcionada.

Aplicar programas de prevención primaria en el ámbito escolar deben incorporar no solo al adolescente sino que al conjunto de la comunidad escolar: docentes, familiares y/ o encargados.

A los profesionales en Enfermería:

Ofrecer alternativas de vida saludable, promoviendo en las consultas la práctica del deporte o entretenimientos diversos, modificando así el entorno de los individuos favoreciendo la prevención de la ideación suicida.

A la Universidad Hispanoamericana:

Tomar en cuenta la temática planteada en este documento como parte de la formación profesional, introduciendo durante sus estudios talleres y conferencias, además de intervenciones en las comunidades a través de clínicas, EBAIS y colegios.

A otras Universidades:

Implementar trabajos comunales, tesis, entre otros que tengan que ver con la prevención y el riesgo de ideación suicida en los estudiantes de secundaria que serán el futuro del país.

A los sistemas de salud:

Implementar un Plan nacional intersectorial de prevención del suicidio donde considere que la conducta suicida influyen numerosos factores de riesgo, las acciones de prevención deben involucrar a todos los sectores sociales, en un plan conjunto, donde cada sector aporte lo propio al objetivo final de prevenir los suicidios.

Formación profesional de la salud en esta área ya que es fundamental que los funcionarios y personal de salud estén capacitados en la detección de personas en riesgo suicida y manejen herramientas básicas para la primera respuesta.

Crear de programas preventivos en los centros educativos con personal de salud donde este centrado en el fortalecimiento de los factores protectores propios del medio escolar, que incluyan actividades e intervenciones que apunten a fortalecer la autoestima y el desarrollo de habilidades para la vida, adquirir herramientas para un buen manejo de crisis y una sana toma de decisión.

Fortalecimiento de la salud mental de los docentes y los otros miembros de los centro de educación y fortalecimiento de la autoestima de los estudiantes.

BIBLIOGRAFIA

1. Rahola, R (2010) Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Disponible en: www.sec.es/areacientifica/manualessec/saludreproductiva/01%20Salud%20reproductiva%20e.pdf
2. Arias de la Torre IF. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes del policlínico René Vallejo de Bayamo. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]. 2015;40(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/article/view/97>
3. Hernández Trujillo Ariane, Eiranova González- Elías Irina, López Acosta Yelina M.. Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia. MEDISAN [Internet]. 2013 Dic; 17(12): 9027-9035. Disponible en: http://scielo.sldcu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001200001&lng=es.
4. López Noa J, Miranda Vázquez M. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. MEDISAN. abril de 2010;14(3):0-0.
5. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. Nota descriptiva.2012 Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
6. Villalobos-Galvis FH. Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. Suicidal Behav High Sch Coll Stud S Juan Pasto Colomb. Marzo de 2009;32(2):165-71.
7. Quiroz AP, Alvarado JIU, Vianchá MA, Bahamón Muñetón MJ, Verdugo Lucero JC, Alcaráz SO. Estilos Parentales Como Predictores De Ideación Suicida En Estudiantes Adolescentes. Parent Styles Predict Suicidal Ideation Adolesc. septiembre de 2013;30(3):551-68.
8. Cortés Alfaro A, Aguilar Valdés J, Suárez Medina R, Rodríguez Dávila E, Rivero D, Salvador J. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. Rev Cuba Med Gen Integral. marzo de 2011; 27(1):33-41.
9. Sáenz M. (2011) Aportes para una epidemiología del suicido en Costa Rica: un análisis de la primera década del siglo XXI. Rev. Ciencias Sociales 131-132: 37-55 / 2011 (I-II)

10. Campos, Ramón. Prevención de suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes. Liceo de Aserrí. Universidad de Costa Rica. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/aserril.pdf>
11. Navas, Wendy. Abordaje del suicidio en atención primaria. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. LXX (606) 219-225. 2013
12. Valdivia M, Ebner D, Fierro V, Gajardo C, Miranda R (2001) Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica: una revisión de cuatro años. Rev Chil Neuro-Psiquiatría 2001; 39 (3): 211-8.
13. Bonilla, Roger y Aguilar, Vanessa. Conglomerados espaciales de suicidios en el grupo de 10 a 24 años entre los cantones de Costa Rica. Revista Hisp. Ciencias de la Salud. Vol 1 No2. 2015. Disponible en: uhsalud.com/index.php/revhispano/article/download/56/19
14. Caja Costarricense de Seguro Social. Registro de lesiones auto infligidas en el país. 2016. Disponible en: <https://www.facebook.com/ccssdecostarica/posts/1208964699127251:0>
15. Mora, Andrea. Crece el número de lesiones autoinfligidas en Costa Rica [Internet]. Diario Digital Nuestro País. Disponible en: <http://www.elpais.cr/2016/06/17/crece-el-numero-de-lesiones-autoinfligidas-en-costa-rica/>
16. Marcelli D, Humeau M: Suicidio y tentativa de suicidio en el adolescente. EMC. Psiquiatría. N° 128 (E-37-216-H-10), 2007; 1-12.
17. Mannoni O: La crisis de la adolescencia. Barcelona, Gedisa, 1986; 17- 30.
18. Rojas E: Estudios sobre el suicidio. Barcelona, Salvat, 1978; 440-479.
19. Pérez Barrero, s.a. (2002). La adolescencia y el comportamiento suicida. La Habana. Ediciones Bayano.
20. Rivera Heredia Maria. Psicología y comunicación Visual, Estrategias para la prevención de suicidios en adolescentes [Internet]. primera. México: Trillas; 2010. Disponible en: www.trillas.com.mx
21. Skyscrapercity. Alajuelita. 2009. Disponible en: <http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=892326>
22. Sánchez, Juan; Musitu, Gonzalo; Villareal, María y Martínez, Belén. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. Intervención Psicosocial Vol. 19,

- n. 3, 2010 - pp. 279-287. Disponible en: *Intervención Psicosocial* Vol. 19, n. 3, 2010 - pp. 279-287
23. López, TM. Fenómeno suicida: Un acercamiento transdisciplinar. Editorial El Manual Moderno; 2000. 158 p.
24. Reyes Francia, Patricia de los Ángeles Ramírez Fernández, Hisel Castañeda González. Adolescencia y suicidio. *Rev Electrónica PortalesMédicos.com*.
25. Álvarez Ariza Maria, Gerardo Atienza Merino, María José Ávila González, Celia Canedo Magariños. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [Internet]. GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf. 2012 [citado 9 de junio de 2016]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
26. Villardón, Lourdes. El pensamiento de suicidio en la adolescencia. 2010. Bilbao.
27. Mansilla, Fernando. Suicidio y prevención [Internet]. 2010 Disponible en: http://www.psiquiatria.com/wp-content/uploads/2013/08/archivo_doc12101.pdf
28. Chaves, A, Madrigal, É, Vargas, M, Abarca, Z. El suicidio en Costa Rica en el año 2005. *Med Leg Costa Rica*. marzo de 2008; 25(1):17-35.
29. Camejo, Reynero. El suicidio y los factores de riesgo psicosociales. En *El Cid Editor*
30. Shaffer, David & Pfeffer, Cinthia. Parámetros Prácticos para la Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con Comportamiento Suicida. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2001, 40(7 Supplement):24S-51S
31. Ríos, Pere. Los hombres se suicidan, las mujeres lo intentan. Periódico *El País*. Disponible en: http://elpais.com/diario/2010/10/18/sociedad/1287352801_850215.html
32. Buitrago, V y Padilla, M (2008) Factores protectores y de riesgo socio familiar para la salud mental de la población adulta mayor hospitalizada en la Clínica Nuestra Señora de la Paz durante el segundo semestre de 2007. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de la Salle.

33. Buendía, José, Riquelme A, Ruiz JA. El suicidio en adolescentes: factores implicados en el comportamiento suicida. EDITUM; 2004. 140 p.
34. Galvis López, Milena. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Revista CUIDARTE* [En línea], Volumen 6 Número 2. Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/172/471>
35. Barrantes, R. Investigación: Un camino al conocimiento. 2010. EUNED: San José, Costa Rica

ANEXOS

Anexo 1

DEDICATORIA

A Dios por darme la capacidad y fuerza a pesar de los obstáculos presentados durante mis estudios y a salir adelante y llegar a la meta; A mis padres por darme el apoyo necesario y creer en mi como persona para llegar a ser profesional; A mi esposa: Mabel Corea Mora por ser mi apoyo incondicional en todas las etapas durante mi carrera y todas las personas que confiaron en mi como profesional.

Anexo 2

AGRADECIMIENTO

A los profesores que durante la carrera brindaron todo su conocimiento mediante la práctica para la obtención de un crecimiento profesional.

A las personas e instituciones que me brindaron la ayuda para realizar la investigación;
Dr. Allan Rímola y Licda. Marianela Mora Ministerio de Salud, Máster Sonia Marta
Ministerio de Educación y Universidad Hispanoamericana.

Anexo 3



Carrera de Enfermería
Versión abreviada del TEST IRSA



Nombre del centro educativo: _____

Edad: _____	Sexo: Mujer () Hombre ()	Nacionalidad: _____
Se considera usted: negro o afrodescendiente () mulato () chino () blanco o mestizo () indígena Bribri () indígena Ngobe buglé () indígena Cabécar () otro () _____		
Estado civil: casado () soltero () unión libre (juntado) () otro () especifique _____		
Con quién vive: solo () Papá () Mamá () Hermanos () _____ Novio (a) () Otro () _____		

Marque con (X) cada una de las siguientes preguntas	SI	NO
He pensado en un plan o método para matarme.	()	()
A menudo participo en peleas a golpes.	()	()
Siento que puedo confiar en las personas de mi familia.	()	()
Tiendo a reaccionar violentamente cuando algo no sale como quiero.	()	()
En los últimos seis meses he consumido drogas (marihuana, cocaína, crack u otras).	()	()
Sé quién puede ayudarme en momentos de crisis.	()	()
La mayor parte del tiempo me siento bien.	()	()
Considero que las cosas estarían mejor si yo no estuviera.	()	()
He pensado en matarme.	()	()
Soy una persona valiosa.	()	()
Tengo acceso a armas de fuego, pesticidas (veneno), cuerdas o algún método que produzca la muerte.	()	()
Cuando me enojo, me corto o hago cosas que me dañan.	()	()
En los últimos seis meses he consumido bebidas alcohólicas en exceso.	()	()
En algún momento de mi vida, he intentado hacerme daño.	()	()
He sufrido abuso sexual.	()	()
He intentado suicidarme.	()	()
En mi casa a menudo me castigan golpeándome (pegándome).	()	()
Alguna vez he pensado en hacerme daño, luego de terminar una relación de pareja.	()	()
Me es difícil concentrarme por mis preocupaciones.	()	()
En mi familia hemos sufrido violencia doméstica.	()	()
La mayor parte del tiempo me siento triste.	()	()
Últimamente he tenido muchos problemas en mi familia.	()	()
Tiendo a hacer cosas que me ponen en peligro.	()	()
Pienso en el suicidio como una posible solución a los problemas.	()	()
Mis compañeros de estudio o trabajo me hacen la vida imposible.	()	()
Algún amigo o familiar cercano intentó matarse o se ha suicidado	()	()
Considero que el suicidio es una forma de castigar o hacer sufrir a alguien	()	()

FAVOR NO DEJAR NINGUNA RESPUESTA EN BLANCO

Anexo 4



REPÚBLICA DE COSTA RICA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN PÚBLICA

Despacho Viceministra Académica

San José, 20 de octubre de 2016
DVM-AC-1056-10-2016

Señora
Marianela Mora Castro
Jefe a.i. Secretaría Técnica de Salud Mental

Estimado señora

En atención a oficio DMS-AC-1747-06-2016 del Despacho de la Señora Ministra, en el que se me solicita atender su solicitud, según su oficio STMS-098-2016 me permito manifestar lo siguiente:


Este Despacho, conocedor de la importancia de la iniciativa de la Universidad Hispanoamericana de un estudio para determinar factores de riesgo suicida prevalentes en la población adolescente en el cantón de Alajuelita y considerando que en el oficio DVM-AC-0183-02-2016 se avaló el mismo estudio en el Cantón de Talamanca, autoriza a las personas que realizarán este estudio para que realicen el trabajo de campo para la aplicación del cuestionario en los siguientes centros educativos:

- Liceo de Alajuelita
- Liceo Teodoro Picado
- Colegio Técnico Profesional Don Bosco
- Colegio Santa Rita
- Génesis Christian School
- Love at work International Christian School

Además se solicita a las direcciones de estos centros educativos brindar las facilidades que se requieran para que puedan realizar su trabajo.

Sin otro particular, se despide

Cordialmente


Dra. Alicia Vargas Porras
Viceministra Académica
Ministerio de Educación Pública



C:Carlos Esquivel/Director Regional San José Central
Supervisor Circuito 06
Archivo/Consecutivo/mar

Teléfono: 2256-8132 Ext 1000

Fax: 2258-1260 / 2256-8860

"Educar para una nueva Ciudadanía"

Anexo 5



STSM-098-2016
Lunes 06 de junio; 2016

URGENTE

Dra. Sonia Marta Mora Escalante
Ministra
Ministerio de Educación Pública

ASUNTO: SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA ESTUDIO DE LA POBLACION ADOLESCENTE EN EL CANTON DE ALAJUELITA

Estimada señora:

En cumplimiento con el excelente trabajo realizado entre el Ministerio de Salud mediante la Secretaría Técnica de Salud Mental y el Ministerio de Educación Pública miembro del Consejo Nacional de Salud Mental. Este Ministerio mediante la Secretaría Técnica de Salud Mental, solicita el apoyo del MEP a la iniciativa de la Universidad Hispanoamericana de un estudio para determinar factores de riesgo suicida prevalentes en la población adolescente en el cantón de Alajuelita, San Jose, Costa Rica.

Tras un análisis previo de datos obtuvimos como resultado que el conglomerado ubicado en el cantón de Alajuelita ($p < 0.78$) posee un riesgo relativo (RR) de 2.42; los casos de suicidio observados fueron de 10, cuando lo esperado es de 4.24 asumiendo que los casos se distribuyen según el modelo de Poisson.

Anteriormente mediante STSM-020-2016 se le solicitó respetuosamente su autorización para hacer el estudio en Talamanca dando usted la autorización respectiva actualmente, replicar el estudio en el cantón de Alajuelita significa tener mayores variables de comparación dado que se estaría incorporando la regionalidad y la urbanización como elementos de análisis en el fenómeno suicida.

Se aplicara un cuestionario autoadministrado con un corpus de 25 ítems de tipo normal (Si, No) para que el estudiante de 12 a 18 años, elija la opción que más se acerque a su percepción del fenómeno. Se le solicita respetuosamente su permiso para iniciar el trabajo de campo para la aplicación del cuestionario en los meses agosto - setiembre 2016. Los colegios con los siguientes:

- Liceo de Alajuelita
- Liceo Teodoro Picado
- Colegio Técnico Profesional Don Bosco
- Colegio Santa Rita
- Génesis Christian School
- Love at work Internac. Christian School.

UNIDAD SECRETARIA TECNICA DE SALUD MENTAL

Teléfono: 2223-03-33/ 2257-62-38

secretariasaludmentalcr@misalud.go.cr

secretariasaludmentalcr@gmail.com

DECLARACIÓN JURADA

Yo Pablo Trejos Vargas, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 112470240, egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: "Factores de riesgo asociados a la ideación suicida en adolescentes entre las edades de 12 a 19 años de los colegios del cantón de Alajuelita, durante el segundo semestre del 2016", es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público, en fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 17 días del mes de Febrero del año dos mil diecisiete.

Pablo Trejos V.
Firma del estudiante
Cédula: 112470240

CARTA DEL TUTORA

San José, 15 de febrero del 2017.

Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

El estudiante PABLO TREJOS VARGAS, cédula de identidad número 1-1247-0240 me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA IDEACION SUICIDA EN ADOLESCENTES ENTRE LAS EDADES DE 12 A 19 AÑOS DE LOS COLEGIOS DEL CANTÓN DE ALAJUELITA EN EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2016.**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

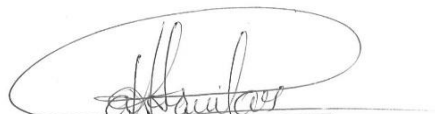
En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y 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%	20
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20
	TOTAL		100

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

Atentamente,



MSc. Vanessa Aguilar Zeledón
Cédula identidad 1-0874-0329
Carné Colegio Profesional E-4368

Anexo 8

CARTA DE LA LECTORA

San José, 19 de abril 2017.

Máster Zaida Rodríguez
Directora Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

El estudiante, **Pablo Trejos Vargas**, cédula de identidad número **1-1247-0240**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA IDEACION SUICIDA EN ADOLESCENTES ENTRE LAS EDADES DE 12 A 19 AÑOS DE LOS COLEGIOS DEL CANTÓN DE ALAJUELITA EN EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2016”** el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de lector, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectoría 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%	20
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20
	TOTAL		100%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura al filólogo(a).

Atentamente,


MSc. *Marcela Castro Méndez*
Cédula Identidad 1-1034-0377
Carné Colegio Profesional E-4705

Constancia de Revisión Filológica

Heredia, 22 de abril del 2017

Señores
Universidad Hispanoamericana
Escuela de Enfermería

Estimados Señores:

Se ha revisado y corregido el trabajo denominado **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES ENTRE LAS EDADES DE 12 A 19 AÑOS DE LOS COLEGIOS DEL CANTÓN DE ALAJUELITA EN EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2016** . Para optar por el Grado académico Licenciatura de Enfermería, elaborado por el estudiante Pablo Trejos Vargas.

Se ha revisado errores gramaticales, de puntuación, ortográficos y de estilo que se manifiestan en el documento escrito, y se ha verificado que estos fueron corregidos por los autores.

Este trabajo cumple con los requisitos formales y de contenido exigido por la Universidad, y por tanto se avala para su presentación.

Atentamente,



Licda. Raissa Pizarro Alfaro

Camet N° 35554

Anexo 10

ASENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del proyecto: Factores de riesgo asociado a la ideación suicida en adolescentes.

Encargados de la investigación: MSc Vanessa Aguilar, Bach de Enfermería. Pablo Trejos Vargas

Objetivo del proyecto: Determinar los posibles factores de riesgo que pueden conducir a los adolescentes a pensar en el suicidio.

Procedimiento: Si usted acepta la participación en este estudio, se le solicitará completar un cuestionario denominado “Test abreviado IRSA”, La participación es voluntaria y anónima, por lo que no tiene ninguna consecuencia académica si en el momento decide no completar el formulario. El hecho de que un estudiante responda al cuestionario NO representa riesgo significativo para su bienestar integral. Los datos recolectados serán manejados únicamente por el equipo de investigación de la Universidad Hispanoamericana.

Los cuestionarios se aplicaran a estudiantes entre las edades de 12 a 18 años de los colegios del Cantón de Alajuelita.

He leído toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla, me queda claro que mi firma no implica consecuencias legales adversas para mí. Me quedó clara la información que necesitaba acerca de la participación en esta investigación.

Nombre del centro educativo:

Nombre del participante

Cédula

Firma

Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Nombre del proyecto: Factores de riesgo asociado a la ideación suicida en adolescentes.

Encargados de la investigación: MSc Vanessa Aguilar, Bach de Enfermería. Pablo Trejos Vargas.

Objetivo del proyecto: Determinar los posibles factores de riesgo que pueden conducir a los adolescentes a pensar en el suicidio.

Procedimiento: Si usted y su hijo(a) aceptan la participación en este estudio, se le solicitará a su hijo(a) completar un cuestionario denominado “Test abreviado IRSA”, La participación es voluntaria, por lo que no tiene ninguna consecuencia académica si en el momento decide no completar el formulario. El hecho de que un estudiante responda al cuestionario NO representa riesgo significativo para su bienestar integral. El proyecto de la investigación es financiado por medios propios de los investigadores.

Los cuestionarios se aplicarán a estudiantes entre las edades de 12 a 18 años de los colegios del Cantón de Alajuelita. Como resultado de su participación en la investigación se beneficia a otras personas y ayuda a incrementar el conocimiento de los profesionales en salud sobre los factores de riesgo en la adolescencia y la aparición de ideas suicidas. Los

datos recolectados serán manejados únicamente por el equipo de investigación de la Universidad Hispanoamericana.

CONSENTIMIENTO

He leído toda la información descrita en esta fórmula, me queda claro que mi decisión que mi hijo(a) participe en el proyecto no implica consecuencias legales adversas para mí, ni para mi hijo(a). Me quedó clara la información que necesitaba para decidir acerca de la participación de mi hijo (a) en esta investigación.

He comprendido la información suministrada y sabiendo que la investigación es de interés para la salud pública (sé que cuenta con los permisos de la Dirección del Colegio, del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación) y que la información es confidencial y a su vez entiendo que a mi hijo(a), se le aplicara el Asentimiento informado para que decida participar en el proyecto, yo como representante legal, **decido que mi hijo(a) participe en ella:** _____

Nombre, Firma y Cedula de identidad (en Caso de autorizar la participación de su hijo le rogamos remitir el formulario con su hijo debidamente firmado)

He comprendido la información suministrada y sabiendo que la investigación es de interés para la salud pública (sé que cuenta con los permisos de la Dirección del Colegio, del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación) y que la información es confidencial y a su vez entiendo que a mi hijo(a), se le aplicara el Asentimiento informado para que decida

participar en el proyecto, yo como representante legal, **decido que mi hijo(a) se abstenga de participar en ella:** _____

Nombre, Firma y Cedula de identidad *En caso de negativa se hace obligatorio que remita este formulario a la Dirección del Colegio.

Nombre del centro educativo:

Fecha:_____.

Anexo 12

Distribución total de respuestas de riesgo para ideación suicida. Alajuelita, Costa Rica, 2016

Preguntas	No.	%
1. He pensado en un plan o método para matarme	76	12,62
2. A menudo participa en peleas a golpes	65	10,73
3. Siento que puedo confiar en las personas de mi familia	112	18,54
4. Reacciono violentamente cuando algo no sale bien	153	25,37
5. En los últimos seis meses he consumido drogas	38	6,28
6. Sé quién puede ayudarme en momentos de crisis	68	11,28
7. La mayor parte del tiempo me siento bien	88	14,50
8. Considero que las cosas estarían mejor si yo no estuviera	98	16,31
9. He pensado en matarme	92	15,21
10. Soy una persona valiosa	62	10,39
11. Tengo acceso a armas de fuego, pesticidas, cuerdas	75	12,36
12. Cuando me enojo, me corto o hago cosas que me dañan	49	8,10
13. En los últimos seis meses he consumido bebidas alcohólicas	56	9,24
14. En algún momento de mi vida, he intentado hacerme daño	128	21,09
15. He sufrido abuso sexual	16	2,64
16. He intentado suicidarme	43	7,10
17. En mi casa a menudo me castigan golpeándome	26	4,30
18. He pensado en hacerme daño, al terminar una relación de pareja	29	4,78
19. Me es difícil concentrarme por mis preocupaciones	274	45,59
20. En mi familia hemos sufrido violencia doméstica	57	9,39
21. La mayor parte del tiempo me siento triste	93	15,42
22. Últimamente he tenido muchos problemas en mi familia	132	21,90
23. Tiendo a hacer cosas que me ponen en peligro	83	13,74
24. Pienso en el suicidio como una posible solución a los problemas	47	7,78
25. Mis compañeros de estudio o trabajo me hacen la vida imposible	83	13,79
26. Algún amigo o familiar cercano intentó matarse o se ha suicidado	156	25,91
27. Considero el suicidio una forma de castigar o hacer sufrir a alguien	461	75,95

Anexo 13

Distribución de respuestas de riesgo para ideación suicida según sexo. Alajuelita, Costa Rica, 2016

Preguntas	% M	% F
1. He pensado en un plan o método para matarme	32,90	67,10
2. A menudo participo en peleas a golpes	76,92	23,07
3. Siento que puedo confiar en las personas de mi familia	47,32	52,67
4. Reacciono violentamente cuando algo no sale bien	52,94	47,05
5. En los últimos seis meses he consumido drogas	68,42	31,57
6. Sé quién puede ayudarme en momentos de crisis	44,11	55,88
7. La mayor parte del tiempo me siento bien	30,68	69,31
8. Considero que las cosas estarían mejor si yo no estuviera	33,67	66,32
9. He pensado en matarme	35,86	64,13
10. Soy una persona valiosa	54,83	45,16
11. Tengo acceso a armas de fuego, pesticidas, cuerdas	62,66	37,33
12. Cuando me enojo, me corto o hago cosas que me dañan	34,69	65,30
13. En los últimos seis meses he consumido bebidas alcohólicas	76,78	23,21
14. En algún momento de mi vida, he intentado hacerme daño	39,84	60,15
15. He sufrido abuso sexual	25,00	75,00
16. He intentado suicidarme	32,55	67,44
17. En mi casa a menudo me castigan golpeándome	65,38	34,61
18. He pensado en hacerme daño, al terminar una relación de pareja	55,17	44,82
19. Me es difícil concentrarme por mis preocupaciones	47,44	52,55
20. En mi familia hemos sufrido violencia doméstica	42,10	57,89
21. La mayor parte del tiempo me siento triste	29,03	70,96
22. Últimamente he tenido muchos problemas en mi familia	46,21	53,78
23. Tiendo a hacer cosas que me ponen en peligro	72,28	27,71
24. Pienso en el suicidio como una posible solución a los problemas	29,78	70,21
25. Mis compañeros de estudio o trabajo me hacen la vida imposible	55,42	44,57
26. Algún amigo o familiar cercano intentó matarse o se ha suicidado	42,94	57,05
27. Considero el suicidio una forma de castigar o hacer sufrir a alguien	50,75	49,24

