

**Caja Costarricense del Seguro Social
Hospital Nacional Psiquiátrico
Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Postgrado
CENDEISS**

Trabajo de Graduación

***“Construcción de un Instrumento para la Detección de
Factores de Riesgo Suicida en Adolescentes
Costarricenses”***

Investigador: Dr. Ramón Mauricio Campos Campos

Tutor de la Investigación: Dr. Marco Vinicio Díaz Alvarado

FEBRERO 2009

AGRADECIMIENTO

Le dedico este trabajo a mi familia, especialmente a mi esposa Gabriela, quienes siempre estuvieron apoyándome y motivándome para continuar.

Les agradezco a mis tutores, al Dr. Marco Díaz y al Lic. Carlos Garita, quienes siempre han estado anuentes a brindarme su apoyo y conocimiento. Agradezco también a todos aquellos quienes me impulsaron a trabajar en el tema y a todos los que de una u otra forma cooperaron con la aplicación de los instrumentos e hicieron realidad este trabajo.

Agradezco finalmente a Dios, por la vida y la posibilidad tan maravillosa que me ha dado de usar lo aprendido en beneficio de otros.

Si con la ayuda del instrumento creado se lograra rescatar una vida o al menos mejorarla, brindándole esperanza y alivio, el esfuerzo de todos habrá valido la pena.

HOJA DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Dr. Marco V. Díaz Alvarado

Tutor de Tesis

Médico Especialista en Psiquiatría InfantoJuvenil

Dr. Rodolfo Salazar Fonseca

Profesor de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica

Médico Especialista en Psiquiatría

Dr. Rigoberto Castro Rojas

Director Nacional de Posgrado en Psiquiatría

Profesor de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica

Médico Especialista en Psiquiatría

RESUMEN

El trabajo presentado es una investigación descriptiva, con un enfoque cuantitativo y de carácter multicéntrico, con el objetivo general de construir y validar un instrumento que permitiera identificar y registrar factores de riesgo suicida en la población adolescente de Costa Rica tomando en consideración el origen multi-causal del suicidio. La población del estudio fueron adolescentes entre los 12 y 17 años, de ambos sexos y de diferentes regiones del país, captados por los servicios de Clínicas del Adolescente de la Caja Costarricense del Seguro Social y de la Consulta Externa de Adolescentes del HNP. El trabajo se basó primeramente en la elaboración de un instrumento denominado IRSA (Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente) para la medición y registro de factores de riesgo suicida adolescente en la población costarricense que consistió en 107 ítems organizados en 7 ámbitos diferentes: Factores de Riesgo no modificables (antecedentes), Factores modificables, Depresión /ansiedad, Ideación suicida, Factores precipitantes, Creencias y Factores protectores. El Instrumento se realizó tomando en cuenta la revisión bibliográfica y de instrumentos realizados con fines similares, además de las recomendaciones de ítems y revisión por parte de profesionales en el área de la Psiquiatría Infanto-Juvenil. Posteriormente se procedió a aplicar el Instrumento a 110 jóvenes con una edad media de 14.6 años, de diferentes áreas del país, con el fin de realizar una validación de constructo, criterio, apariencia y contenido llegando a tener una alta consistencia interna según el Alfa de Chronbach (.964), con una serie de correlaciones entre las variables del instrumento que en su mayoría son positivas y estadísticamente significativas. Además se presentó una buena correlación del Instrumento con el índice EAD del test de Zung, sobre todo en la variable de depresión/ansiedad ($r = 0,780$, $p < 0,001$). El Análisis Factorial no pudo ser interpretado pero facilita una guía preliminar de cuáles ítems podrían ser modificados o eliminados del instrumento de ser necesario. El instrumento puede ser de utilidad en estudios epidemiológicos y de investigación de riesgo suicida, pudiendo ser una herramienta ventajosa para profesionales en salud mental y de otras áreas médicas y sociales. Como recomendación se indica que es importante realizar más estudios para verificar la validez del instrumento en otras poblaciones no cautivas o con ya comprobado riesgo suicida, así como para analizar otras características como especificidad y sensibilidad, con intención de utilizarlo con mayor seguridad en el abordaje individual de pacientes.

INDICE GENERAL

PARTE I: INTRODUCCIÓN	7
<i>Justificación</i>	7
<i>Propósito Del Estudio</i>	14
<i>Aporte de la Investigación</i>	15
Objeto del estudio	15
Estudios preliminares	17
PARTE II: MARCO TEÓRICO	21
CAPITULO I. Generalidades sobre la Adolescencia	21
1.1 La Adolescencia temprana.....	22
1.2 La Adolescencia media	23
1.3 La Adolescencia tardía	23
CAPITULO II. Aspectos relacionados con el Fenómeno del Suicidio Adolescente	25
2.1 Historia	25
2.2 Factores sociodemográficos del suicidio	27
2.3 Definiciones relacionadas con el Comportamiento Suicida.....	31
2.4 Factores de riesgo asociados al Suicidio	35
2.4.1 Generalidades	35
2.4.2 El Modelo Diátesis-Estrés	39
2.4.3 Factores Neurobiológicos relacionados con el Suicidio	41
2.4.3.1 Marcadores neuroquímicos implicados en la conducta suicida .	43
2.4.3.2 Marcadores neuroendocrinos implicados en la conducta suicida	44
2.4.3.3 Marcadores genéticos implicados en la conducta suicida	45
2.4.4. Suicidio y Enfermedad Mental.....	45
2.4.5.1 Impulsividad y Suicidio	47
2.4.5.2 Impulsividad, Pesimismo y suicidio.....	48
2.4.5.3 Desesperanza.....	49
2.5 Factores de riesgo Suicida en Adolescentes.....	49
2.5.1 Factores culturales y sociodemográficos asociados al suicidio adolescente	49
2.5.2 Patrones familiares relacionados con el suicidio adolescente	50
2.5.3 Eventos vitales adversos relacionados con el suicidio adolescente	51
2.5.4 Psicopatología del adolescente asociada al suicidio.....	52
2.5.5 Rasgos de Personalidad relacionados con el suicidio Adolescente	57

2.5.6 Creencias Irracionales e Ideación suicida Adolescente.....	58
2.6 Factores y Conductas Protectoras asociados a la disminución del riesgo Suicida	61
CAPITULO III. Estudio del suicidio.....	65
3.1 Estudio interdisciplinar de la conducta suicida.....	65
3.2 Dificultades en torno al estudio del suicidio.....	68
CAPITULO IV: Instrumentos de Detección de Riesgo Suicida	70
4.1 La Importancia de los Cuestionarios y Escalas.....	70
4.2 Validez de Escalas	71
4.2.1.Validez de apariencia	72
4.2.2 Validez de contenido	72
4.2.3 Validez de criterio	73
4.2.4 Validez de constructo.....	73
4.3 Escalas de Evaluación de Riesgo Suicida.....	74
PARTE III: Aspectos Metodológicos de la Investigación.....	77
Objetivos de Investigación	77
Objetivo General	77
Objetivos Específicos.....	77
Objetivo Externo	78
DISEÑO Y PROCEDIMIENTOS	78
Población y Muestra	79
Número total de participantes	79
Criterios de inclusión de los participantes.....	79
Criterios de exclusión	80
Cronograma y Fases de la investigación	80
PARTE IV: Resultados y Análisis.....	86
Análisis Estadístico	90
Aspectos Sociodemográficos.....	90
Consistencia Interna. Confiabilidad del Instrumento.....	91
Estudio de Correlaciones	102
PARTE V. Conclusiones Generales	112
BIBLIOGRAFÍA	118
Anexos	123

PARTE I: INTRODUCCIÓN

Justificación

Alrededor del mundo el fenómeno del suicidio se ha llegado a convertir en uno de los más trágicos problemas de salud pública internacional presentándose cifras de casi un millón de muertes al año (815 mil personas en el año 2000) por esta razón y provocando a su vez casi la mitad de todas las muertes violentas a nivel mundial, teniendo mayores cifras de muertes que las sufridas por homicidios o cualquier conflicto armado de la actualidad, estos datos fueron presentados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe Mundial sobre la violencia y la salud del año 2001. Según estadísticas también recopiladas por la OMS el suicidio es la decimotercera causa principal de muerte a nivel mundial y representando una tasa mundial de mortalidad anual de 14.5 por 100 mil habitantes lo que equivale a un suicidio cada 45 segundos (Sánchez, M. 2005). Las estimaciones indican que en el año 2020 las muertes por suicidio podrían ascender a 1,5 millones anuales (OMS. 2004), lo que conlleva a la afectación emocional, económica y social de miles de personas relacionadas con el suicida, entre familiares y amigos, que son sobrevivientes de este fenómeno social. Lo anterior sin mencionar que las estadísticas hablan de que por cada muerte por suicidio se realizan de 10 a 20 intentos de autoeliminación (OPS. 2005) llegando a sumar cifras verdaderamente exorbitantes de seres humanos que optan día a día por autoagredirse con el fin último de morir y escapar de un dolor que les es insoportable ya sea a nivel físico o psicológico.

Es importante agregar que un 20% de las personas que hacen un primer intento vuelven a intentarlo durante el lapso de un año posterior al evento inicial y que en el 10% de los casos consuman el suicidio, haciendo una llamada de atención hacia las medidas ineficaces o inexistentes para la prevención de los intentos suicidas. Los datos que se conocen sobre intentos de autoeliminación representan la punta del iceberg evidenciando un gran subregistro a nivel mundial que es

motivado por la falta de conocimiento, el tabú asociado al suicidio y los sentimientos de frustración que conlleva la realidad de que una sociedad no pueda dar los elementos a sus individuos para tener deseos de seguir viviendo, llegando a ser el suicidio según el autor Emile Durkheim un instrumento de análisis para el diagnóstico de las sociedades actuales y del estado anímico de una sociedad (Guevara ,V. 2004)

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

Recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años, en contraste con la casi inexistente presencia del mismo en el siglo XIX, convirtiéndose este en un problema de aparición reciente que enfrenta con los orígenes multidimensionales (biológicas, psicológicas y socioculturales) del fenómeno. (Guevara, V .2004)

Al realizar un enfoque desde los datos de Costa Rica se puede observar que las tasas de suicidio en la población costarricense oscilan entre 7-8 suicidios por 100.000 habitantes. Analizando los datos recolectados por el Poder Judicial y presentados en el Décimo Informe sobre el estado de la Nación en desarrollo Humano sostenible se observa desde 1987 hasta el 2003 (17 años), el total de suicidios en el país en ese lapso ha sido mayor que los homicidios resultando en un total de 3473 suicidios, en comparación con 3308 homicidios contabilizados en el mismo período de tiempo, lo que indica que en nuestro país una de las causas principales de muerte por violencia es el suicidio, superada solamente por los accidentes de tránsito (COSECODENI. 2004). Se nota un aumento de muertes por esta causa si se observa los datos de los años 2000 (263 suicidios), 2002 (282 suicidios), 2003 (329 suicidios) y 2004 (322 suicidio). Se presenta según este mismo informe que la mayor tasa de muertes se da en el rango de edad de 55 a 59 años (10.9 por 100 mil habitantes), pero en relación a los rangos de 20 a 24

años, 25 a 29 años y 30 a 34 años se presentan tasas de 10.6 por 100 mil habitantes en los 3 ámbitos respectivamente, evidenciando la importancia de este fenómeno en las poblaciones jóvenes y económicamente activas del país.

En materia de las tentativas de suicidio se menciona en un artículo publicado por la Clínica del adolescente del Hospital Nacional de Niños en la Revista Adolescencia y Salud la presencia de 1154 intentos de autoeliminación entre los años 1988 y 1996, evidenciando un aumento del 267 % entre los casos registrados en 1988 (52 casos) y 1996 (191 casos). (Morales A, 1999)

Con respecto a los datos del Décimo Informe sobre el Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible se menciona con respecto al suicidio en adolescentes que el rango de 15 a 17 años presenta una tasa de 6.4 suicidios por 100 mil habitantes y el de 18 a 19 años una tasa de 7.8 por 100 mil habitantes. Cuando se mencionan datos puntuales sobre la muerte por suicidio en adolescentes se observa que en el año el año 2002, 48 adolescentes (de 19 años y menos) murieron por suicidio, más del doble de los 20 que murieron por homicidio según el informe del COSECODENI, posteriormente se registraron un total de 37 muertes en el 2003 y 39 en el 2004 según el Departamento de Planificación de Estadísticas Policiales del Poder Judicial.

Al respecto de este mismo tópico se realiza también el Forum para la Prevención del Suicidio en el Mundo cuyas conclusiones fueron publicadas en la Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) en Diciembre del 2004, en este se hace alusión a la importancia del problema y de realizar estudios apropiados a nivel de cada región que puedan señalar las pautas individuales según cada país para iniciar y evaluar estrategias de prevención.

En el Forum se menciona que es imprescindible considerar que el suicidio está influenciado por factores socioculturales y que actualmente el fenómeno se ubica entre la salud pública y la psiquiatría (aspecto social y biológico), promulgando que las acciones aisladas tienden a tener resultados de menos significancia en el ámbito de la población en comparación con los abordajes más estructurados en los que se integran medidas de salud pública y medidas asistenciales individuales, junto con el seguimiento y apoyo social apropiados.

Se señala a su vez que no hay pruebas de que las medidas que funcionan en un lugar funcionen en otro por lo que se recomiendan realizar estudios de investigación regionales con respecto a los factores de riesgo y de protección previo al desarrollo de estrategias de prevención y programas que puedan abordar simultáneamente múltiples factores para conseguir una reducción sustancial en las tasas de suicidio y comportamiento suicida utilizando de la mejor forma los recursos económicos necesarios para su implementación.

Se hace mención en el Forum antes citado que son pocos los estudios realizados de forma aleatorizada y con controles adecuados y que el 85 % de los suicidios mundiales tienen lugar en los países con nivel económico bajo e intermedio al mismo tiempo que menos del 10% de los estudios provienen de estas regiones por la escasez de recursos económicos, el tabú existente y la falta de voluntad política al respecto.

La OMS, por su parte reconoce la importancia de los factores socioculturales y actualmente promociona el estudio Suicide Prevention Multisite Intervention Study on Suicide (SUPRE-MISS) en los cinco continentes, en el que se incluye la comparación de diversos indicadores socioculturales estandarizados, una intervención clínica sobre las personas con IAE, un estudio sobre la ideación y comportamientos suicida en la comunidad además de la investigación biológica. En varios países como Estados Unidos, México, Uruguay, Argentina, España, etcétera, a través de grupos organizados como asociaciones para el estudio y la prevención del suicidio, se ha iniciado la realización de estudios y de estrategias preventivas tomando en cuenta factores de riesgo que se consideran fijos (sexo, edad, raza, orientación sexual, IAE previos) y los potencialmente modificables (acceso a medio, trastornos mentales, enfermedades médicas, aislamiento social, estado civil, situación laboral, ansiedad, desesperanza, insatisfacción vital). Así mismo se han visualizado componentes comunes de los programas de prevención de suicidios entre los que destacan:

- Programas aplicados en los colegios (detección directa e indirecta de casos)

- Mejora en la forma de presentar el suicidio en los medios de comunicación.
- Potenciación en el acceso a los servicios de Salud Mental.
- Ampliación de redes sociales y apoyo en grupos de alto riesgo.
- Implementación de campañas de promoción de la salud centradas en la prevención de suicidio.
- Aplicación de programas comunitarios de detección.
- Ampliación de servicios de apoyo para situaciones de crisis.
- Sistemas de vigilancia y de investigación en suicidio.

Todas estas estrategias son esperanzadoras pero se encuentran aún en etapas de implementación y evaluación. (WPA. Forum Prevención de suicidio en el Mundo, 2004).

En Costa Rica la única entidad registrada que se dedica directamente a la temática del suicidio es la Fundación Rescatando Vidas, por lo demás diversas instituciones, desde la Caja Costarricense del Seguro Social, el Programa de Atención Integral al Adolescente (PAIA), la Asociación de Ginecología y Medicina Infanto-Juvenil, el PANI, La Universidad de Costa Rica y otras muchas, realizan intervenciones y esfuerzos importantes al respecto pero sin una comunicación o relación directa entre sí, lo que ha imposibilitado una unión eficaz de estrategias preventivas y de investigación.

En este contexto y motivado por una sensibilización con respecto a la temática adolescente vivenciada por el autor en los grupos juveniles de la comunidad de Desamparados es que se inicia, en conjunto con varios médicos internos en el 2003 la I Etapa del proyecto Juventud y Esperanza (Campos,2001) para la prevención del suicidio y conductas de riesgo en jóvenes, que se realizó en el Liceo de Aserrí con el apoyo del personal profesional de la Clínica de la comunidad, continuando posteriormente con una II y III Etapa en el 2004 y 2006 que se pudo llevar a cabo con el apoyo de estudiantes de psicología de la Universidad Católica en colegios del área de Desamparados con el apoyo del

personal de la Clínica Marcial Fallas y la Clínica del Adolescente de la localidad. El proyecto consistió en poner en práctica una estrategia de trabajo para la prevención de conductas de riesgo y suicidio en jóvenes con base en la cooperación interinstitucional de entidades (clínica, colegios, grupos juveniles, etc.) formando redes de apoyo para jóvenes en riesgo y tomando como base tres ejes fundamentales de acción, la **Educación** hacia profesionales, padres de familia, docentes y especialmente adolescentes en temática de prevención de riesgo juvenil, habilidades para la vida y razones para vivir, la **Detección y Referencia** de Adolescentes en riesgo y por último la **Promoción de Grupos Positivos** de la Comunidad. A través del mismo y como resultado de la II etapa se documentó la aplicación del proyecto a 558 jóvenes que fueron evaluadas a través del Test de Tamizaje de la CCSS y del Test de Zung, evidenciando 15.7% (88 adolescentes) que habían tenido deseos de morir o de matarse en el último año y un total de 27 estudiantes (4,8%) que intentaron suicidarse en los últimos doce meses, 3 de las jóvenes que presentaron depresión severa según el Test de Zung habían presentado un IAE en el último año. (Campos, 2005)

A través del tiempo en que se ha implementado el proyecto se han evidenciado importantes necesidades como parte de la evolución y la retroalimentación de quienes lo han puesto en práctica, una de las principales se basa en la carencia de un instrumento práctico de utilizar que sea validado para la población costarricense, que pueda evidenciar el riesgo suicida en el momento en el que se aplique y que brinde un parámetro comparativo de la evolución del riesgo a lo largo del tiempo para poder medir el impacto de las medidas preventivas aplicadas, sin lo cual no hay un dato creíble de la eficacia de las estrategias puestas en práctica. Es así como con base en lo aprendido durante las diferentes etapas del proyecto se hace conciencia de la necesidad de tomar en cuenta las recomendaciones realizadas por las múltiples investigaciones nacionales e internacionales realizadas con respecto al suicidio y a los factores de riesgo que se le asocian.

Con base en lo anterior alrededor del mundo y también en Costa Rica varios profesionales han escrito e investigado, realizando estudios y tesis al respecto del suicidio con importantes resultados que evidencian desde las características sociodemográficas, factores y conductas de riesgo, eventos estresantes, factores protectores hasta las creencias (racionales e irracionales) asociadas a este fenómeno, lo que empieza a dar una luz sobre las particularidades en nuestro entorno permitiendo saber más acerca de las causas del suicidio para poder prevenirlo.

En nuestro país no se ha llegado a utilizar de forma sistemática la información adquirida y no se ha logrado integrar los conocimientos de estos múltiples esfuerzos para poner en práctica medios de detección que puedan ser eficaces y que puedan ser evaluados para dar cabida a modificación y mejoras de las estrategias implementadas.

Resumiendo, se hace entonces necesario la elaboración de un instrumento (o conjunto de ellos) que logre facilitar el registro del riesgo suicida adolescente y que permita a través de parámetros establecidos la detección y valoración del mismo en diferentes momentos de la vida de una persona para así estimar las medidas a seguir y además de evaluar si la aplicación de una estrategia preventiva logra o no disminuir ese riesgo a lo largo del tiempo.

Propósito Del Estudio

Planteamiento del problema

¿Es posible detectar factores de riesgo suicida adolescente a través de un instrumento (o conjunto de instrumentos) que integren los factores de riesgo modificables y no modificables, factores precipitantes, creencias y factores protectores, pudiendo servir el mismo para la identificación y registro de la evolución del riesgo suicida en esta población?

La construcción de este instrumento es importante ya que ofrece:

- Un medio de registro fácil de utilizar y de llenar para médicos generales, psicólogos y demás profesionales del área de la salud que permita la evaluación del riesgo suicida en adolescentes y por ende guiándolos en su posterior abordaje.
- Un instrumento que a través de una validación adecuada pueda ser utilizado posteriormente en la CCSS como medio de detección de riesgo suicida favoreciendo la salud de la población adolescente del país.
- Una importante herramienta para poder evaluar la eficacia de medidas y estrategias preventivas o procesos terapéuticos en poblaciones estudiadas.
- Una visión de los principales factores de riesgo y protectores en la población adolescente de nuestro país que contribuya a la elaboración de un perfil de los adolescentes con mayor probabilidad de cometer suicidio, posibilitando el hacer correlaciones entre variables que permitan entender mejor el fenómeno.
- Elementos y pautas para futuras investigaciones sobre el tema.

Aporte de la Investigación

Uno de las principales características de este instrumento es que ha sido construido tomando en consideración el origen multi-causal del suicidio, abarcando diferentes aspectos relacionados con esta temática abordada en el marco teórico y en el análisis previo de investigaciones sobre factores de riesgo y escalas de medición. A través de su validación se podrá aplicar posteriormente en varios contextos para brindar información sobre el riesgo de suicidio de adolescentes costarricenses, algo que es sumamente necesario ya que en Costa Rica no hay instrumentos que hayan sido validados para este objetivo a pesar de que la problemática de suicidio crece día con día.

A través de este instrumento ha sido posible detectar factores de riesgo suicida por medio de preguntas autoaplicadas a la población adolescente, lo que puede convertir al instrumento en una herramienta útil para llevar a cabo tareas de prevención primaria y el mismo tiempo investigar sobre áreas asociadas con la problemática estudiada , así como para brindar recomendaciones y medidas para el abordaje según la severidad del riesgo detectados, también el instrumento puede facilitar información sobre poblaciones de riesgo y efectividad de abordajes terapéuticos y ser un aporte para futuras investigaciones.

Objetivos del estudio

Objetivo General

Construir y validar un instrumento que permita identificar y registrar factores de riesgo suicida en la población adolescente de Costa Rica.

Objetivos Específicos

- Identificar, por medio de revisión bibliográfica, los principales factores de riesgo, creencias, factores precipitantes y factores protectores que influyen en el riesgo suicida adolescente, con el fin de integrar los conocimientos teóricos que permitan definir los principales aspectos a buscar con el instrumento, según su relación con el riesgo suicida adolescente.
- Analizar instrumentos elaborados para la detección del riesgo suicida que hayan sido documentados y utilizados a nivel nacional e internacional, esto con la intención de integrar factores e ítems que hayan probado estar relacionados con el riesgo suicida e incluirlos como posibles preguntas del instrumento.
- Elaborar un cuestionario que sirva como instrumento para la medición y registro del riesgo suicida adolescente en la población costarricense
- Valorar la sintomatología depresiva a través de la aplicación de la escala de Depresión de Zung con fines comparativos.
- Validar el instrumento en población adolescente de Costa Rica y correlacionar los resultados con la con la escala de Depresión de Zung.

Objetivo Externo

Contribuir en el desarrollo y aplicación de medidas y programas preventivos del suicidio adolescente.

Factibilidad

La realización de este instrumento y su posterior validación se consideró factible ya que se contó con el apoyo del personal del Programa de Atención Integral al Adolescente, que brindó asesoría logística y que coordinó la aplicación del instrumento con la cooperación de profesionales que laboran en las Clínicas del Adolescente de varias áreas del país. El PAIA es un programa de la CCSS, creado al reconocerse y valorarse a la población adolescente como requerida de una red de servicios diferenciados para favorecer su salud y desarrollo integral. Por lo tanto la intención de elaborar este instrumento en cooperación conjunta con el PAIA fue poder utilizarlo como medio para detección adecuada de adolescentes con riesgo suicida para poder prevenir el suicidio y al mismo tiempo mejorar la calidad de vida de jóvenes.

Como tutor de la tesis se contó con el Dr. Marco Díaz Alvarado y con la supervisión del Licenciado Carlos Garita, ambos con la experiencia necesaria en el fomento de la prevención de riesgo adolescente a través de su trabajo en el PAIA. Por último se contó con el apoyo y conocimiento del profesional en psicología, licenciado Alfonso Villalobos, quien tiene amplia experiencia en estudios psicométricos e investigación y en la elaboración de instrumentos de índole similar como Director del área de Investigación en la Universidad Católica

Estudios preliminares

En el contexto de nuestro país, según la información revisada y los profesionales que se han consultado y cooperado con el desarrollo del presente trabajo no se ha encontrado un trabajo similar en relación a la creación y validación de un instrumento para discriminar factores de riesgo suicida, asimismo hay una carencia importante de investigaciones nacionales con respecto al tema del suicidio.

Sin embargo, en Costa Rica y otros países se han realizando estudios y tesis al respecto al suicidio y factores asociados, con importantes resultados que evidencian desde las características sociodemográficas, factores y conductas de

riesgo, eventos estresantes, factores protectores hasta las creencias (racionales e irracionales) asociadas a este fenómeno.

Como ejemplos de estudios con respecto al suicidio y los factores asociados se pueden citar el artículo Desesperanza en Adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio Juvenil (Morales 1999) en el que la Clínica del adolescente del Hospital Nacional de Niños exponen un estudio en todo el país en el que se encuestaron casi 7.000 estudiantes de décimo y undécimo año de 78 colegios comprobando que en un 23 por ciento de la muestra existían niveles significativos de desesperanza. En el 2005 se realizó otro estudio (Morales y Chávez, 2005) por esa misma Unidad en 1353 adolescentes, evidenciando que el 30.7 % referían haberse sentido triste o con deseos de morirse en los últimos 30 días a la encuesta, con un 9.5 % de la muestra que había planeado o hecho algo para morirse.

El estudio Creencias Racionales e Irracionales sobre la Vida y La Muerte y Conductas Suicidas: El caso de los Adolescentes Costarricenses (Chanto Alpízar, 2004), muestra un importante avance en la concepción multifactorial de las causas del suicidio, centrándose en este caso en los factores cognitivos (creencias) sobre la vida y la muerte en un grupo de 16 adolescentes costarricenses que fueron internados por intentos de autoeliminación en el Hospital Nacional Psiquiátrico, se anota que entre estos jóvenes se encontraban creencias irracionales en relación a la muerte como una solución a los problemas, además de pensamientos depresivos, impulsividad y baja tolerancia a la frustración.

En la tesis Dinámica Microsocial del suicidio en adolescentes: un estudio de redes sociales (Guevara Villalobos, 2004) se expone la importancia del deterioro de los vínculos familiares y las dificultades de la dinámica grupal en la afección del nivel de contención y apoyo que pueden ejercer las redes sociales en los adolescentes, este es un estudio cualitativo muy completo el objetivo de identificar factores de orden sociológico que puedan incidir en el fenómeno del suicidio adolescente. Se estudiaron de forma exhaustiva en esta tesis 4 casos de adolescentes entre 14 y 18 años con un intento de autoeliminación previo que estaban siendo atendidos en la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico.

En otros medios diferentes al nuestro se han realizado estudios y esfuerzos para la creación y validación de diversos instrumentos que logren medir factores de riesgo suicida en adolescentes, entre los cuales podemos citar:

- Construcción de un indicador del riesgo de tentativa de suicidio en Adolescentes con alta sintomatología depresiva y de los mismos autores, El suicidio Adolescente, factores implicados en el comportamiento suicida (Ruiz J, Riquelme A, 2001). En estos estudios se utilizan diversos instrumentos, entre ellos el Test de Zung, para crear un indicador de riesgo y posteriormente un perfil del joven suicida en Murcia, España, con una muestra de 986 adolescentes entre los 14 y 18 años.
- El instrumento CASPI “Child-Adolescent Suicidal Potential Index” (Pfeffer C, Jiang H, 2000), en que se construye y valida un instrumento de 30 ítems con tres ámbitos principales, el primero ansiedad-impulsividad-depresión, el segundo ideación –actos suicidas y el tercero estrés familiar, con una muestra de 425 adolescentes.
- Diagnóstico de la depresión con la escala de Birleson en adolescentes con intentos de suicidio y sanos. (Vasquez E, Fonseca I, 2005), en el que se estudiaron 60 adolescentes con intentos de suicidio previo y 60 sanos, detectando varios factores de riesgo definidos.
- Factores de riesgo asociado al suicidio e intento de suicidio. (Tuesca R, Navarro E, 2003), con la aplicación del proceso de autopsia psicológica, con un estudio de 60 casos y 56 controles en Barranquilla, Colombia.
- Validación de la escala informatizada de riesgo de suicidio, un instrumento de red neural de retropropagación (CSRS-BP) (Modai I, Ritner M, 2002)

Entre los textos relacionados con el tema que fueron analizados y que aportaron mayor información con respecto a factores de riesgo suicida y escalas para la evaluación de conductas suicidas se encuentran entre otros:

- Prevención del Suicidio. Estudio de Intervención Multicentrico sobre comportamientos suicidas. SUPRE-MISS. (OMS, 1999)
- Adolescentes Deprimidos con Alto Riesgo de Comportamiento Suicida. *The American Journal of Psychiatry*. (Vitiello B, Pearson J, 2008)
- Suicidio. Neurobiología, Factores de Riesgo y Prevención. (Tellez J, Forero J. 2006)
- Comportamientos Suicidas. Prevención y Tratamiento. (Bobes J, Pilar A. 2004)
- El Pensamiento de Suicidio en la adolescencia (Villardón L, 1993).
- Manual de Atención Integral a la Depresión y el Suicidio en Adolescentes (CCSS , 2005)

Se revisaron, con base en estos estudios y textos, una serie de instrumentos que incluyen objetivos similares al del presente trabajo. Sin embargo, la intención de construir una herramienta validada y adecuada a nuestro medio, que abarque no solo aspectos de sintomatología sino de antecedentes de importancia es lo que justificó en sí el objetivo del estudio del presente trabajo y no el de utilizar en el estudio instrumentos realizados en otros contextos.

PARTE II: MARCO TEÓRICO

CAPITULO I. Generalidades sobre la Adolescencia

La adolescencia se puede definir como una etapa del ciclo vital humano, ubicado entre la niñez y la adultez. A través de la historia esta etapa se ha considerado un “período puente”, dando solo importancia a los otros dos períodos de la vida mencionados. Esto ha influido en un concepto erróneo y hasta discriminativo hacia los adolescentes, ya que se considera un lapso en que las personas se vuelven inestables, irritables, rebeldes, etc. 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. Lo anterior en nuestro medio puede visualizarse fácilmente cuando se analizan los servicios de atención destinados a estos usuarios, que la mayoría de las veces no cuentan con atención diferenciada, o a nivel de la comunidad cuando muchos jóvenes son aislados o discriminados por su apariencia o evidenciando la poca inversión social que se destina a este grupo etáreo.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa del desarrollo vital humano que transcurre entre los 10 y 19 años, sin embargo, existe una dificultad importante para definir el momento exacto en el que finaliza la adolescencia ya que si bien existe consenso en cuanto al momento en que empieza la adolescencia (pubescencia), el término de esta etapa no depende de factores biológicos, sino de factores socio-culturales.

En el Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley No. 7739) de Costa Rica se considera como adolescente a “toda persona mayor de doce años y menor de dieciocho”, lo cual es de fundamental importancia a la hora de implementar derechos y responsabilidades para esta población.

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

1.1 La Adolescencia temprana

Período ubicado entre los 10 y los 13 años de edad.

Características:

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

1.2 La Adolescencia media

Período ubicado entre los 14 y los 16 años

Características:

- Mayor integración del nuevo esquema corporal junto a una mayor preocupación por su apariencia física
- Transición hacia una forma de pensamiento mucho más abstracta y simbólica
- Mayor capacidad para reconocer limitaciones y potencialidades lo que posibilita una capacidad más realista para pensar en proyectos futuros,
- Mayor diferenciación respecto de los padres a quienes cuestiona en forma más abierta debido fundamentalmente a la consolidación de un sistema de valores propio
- Intensificación de los vínculos sociales aparejada a una mayor necesidad e importancia de las relaciones amistosas con los y las pares
- Inicio de las primeras experiencias de sexualidad genital
- La sexualidad es una de las áreas que cobra mayor relevancia en esta etapa.

1.3 La Adolescencia tardía

Ubicado entre los 17 y 19 años

Caracterizado por:

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

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

- Búsqueda de sí mismo y de su identidad.
- Necesidad de independencia.
- Búsqueda de aceptación grupal.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
- Relaciones conflictivas con los padres que fluctúan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.
- Actividad social reivindicativa, tornándose más analíticos, con pensamientos simbólicos, en los que formulan sus propias hipótesis y llegan a conclusiones propias.
- Elección de una ocupación para la que necesitarán adiestramiento y capacitación para su desempeño.
- Necesidad de asumir un nuevo rol social como partícipe de una cultura o subcultura específica.

Lo anteriormente expuesto se anota con el fin de servir como marco contextual previo a tratar el tema del suicidio adolescente, ya que las particularidades y características de esta etapa se ven íntimamente relacionadas con los riesgos más comunes del adolescente.

CAPITULO II. Aspectos relacionados con el Fenómeno del Suicidio Adolescente

2.1 Historia

El suicidio es un fenómeno humano de carácter universal que ha estado presente en todas épocas históricas, despertando diversos sentimientos desde temor, crítica, condena, el elogio, etc. Se ha dado una serie de actitudes sociales diferentes a hacia la conducta suicida a lo largo de la historia y dependiendo de la época y lugar que se analice. Por ejemplo en la sociedad japonesa relacionaban el suicidio con el respeto a la tradición e implicaba una sanción autoinfligida ante un papel social que no se cumplía. También se puede mencionar al respecto la muerte por suicidio de filósofos griegos como Anaxágoras o Sócrates, quienes terminaron con su vida de forma voluntaria en medio de acontecimientos sociales y políticos. Se comenta que en la Grecia clásica, Plutarco se interesó en el fenómeno del suicidio en adolescentes recogiendo los datos entre los siglos IV y III A.C, reportando que tanto suicidio como las tentativas de suicidio no eran infrecuentes entre los jóvenes griegos, hasta se documentó una “epidemia suicida” entre los jóvenes de Mileto, que finalizó cuando se sometió a los cadáveres a la vergüenza pública.

Durante la evolución del fenómeno suicida se puede hablar de una actitud de intenso desprestigio desde la época de los romanos, quienes negaban la sepultura los que suicidaban, destruyendo su testamento y confiscando sus bienes, afectando así también a los familiares de los mismos. En la Edad Media se impone la idea cristiana de suicidio como un crimen por homicidio y un pecado mortal, en base a los pensamientos de San Agustín y Santo Tomás de Aquino. Estas corrientes de pensamiento influyeron en actitudes de condena al suicida y a su familia, excluyendo al primero de sepultura en tierra santa y en ocasiones llegando a ser exhumado para ser colgado o expuesto en el patíbulo.

En el siglo XVII se extienden auténticas epidemias de suicidio fundamentalmente en jóvenes, inspirados en el romanticismo hacia el tema del suicidio con el que fue tratado por varios poetas y literatos.

A principios del siglo XX, se inicia una fuerte influencia por la obra de Durkheim, quien relaciona las conductas suicidas a los ambientes sociales y morales, proponiendo una explicación social de la tasa de suicidios de su época.

También se alcanza la aceptación de la idea de suicidio como resultado de un trastorno mental, procedente de la escuela psiquiátrica francesa. (Bobes, J. 1997).

En la actualidad el suicidio es considerado como uno de los problemas principales a nivel de salud pública en relación a la Salud Mental, ya que se sitúa entre una de las principales causas de muerte. El suicidio en personas jóvenes a lo largo de la historia ha ido en aumento, convirtiéndose un fenómeno que requiere estudio y observación detenida y diferenciada.

Shaffer y Pfeffer (2006) describen que los estudios y la mayoría de la literatura sobre el comportamiento suicida de niños y adolescentes surgen a partir de la década de los 80. Según datos recopilados por la National Center For Health Statistics en 1999 a inicios de los 80 la tasa de suicidio en adolescentes blancos varones en USA se había más que duplicado. Estos datos, además de varios suicidios en grupo de niños y adolescentes alarmaron al público en general y atrajeron la atención pública. Se ha observado que los aumentos y descensos en las tasas de suicidio en Estados Unidos corresponden respectivamente a los aumentos y descensos de la proporción de adolescentes en la población.

(Villardón, L. 1993)

A partir de los datos observados se ha dado una creciente en los esfuerzos para desarrollar métodos de comprensión y prevención del suicidio joven. Entre las recomendaciones que se han brindado se indica que se deberían usar cuestionarios auto-administrados para rastrear depresión, preocupaciones suicidas y comportamiento suicida con una clara evidencia de que entre los menores que se encuentran en la adolescencia mediana a tardía se encuentra el grupo de mayor riesgo para intentos de suicidio y suicidios consumados. Sin embargo también se indica que la mayoría de las personas en estas edades

tienden a revelar información sobre sus pensamientos o comportamiento suicida si son abordados directamente y en forma no amenazante. La búsqueda directa de casos ha probado ser un modo excelente, con alta sensibilidad y con buena relación costo/efectividad para identificar niños y adolescentes en posible riesgo en establecimientos escolares.

Por lo tanto, se considera que una estrategia razonable para la prevención del suicidio consiste en rastrear sistemáticamente a los varones de 15 a 19 años, grupo etario que se considera de mayor riesgo para intentos de suicidio especialmente en aspectos como intentos de suicidio previos, preocupaciones suicidas recientes y serias, depresión, complicaciones por uso de alcohol o sustancias. Lo anterior teniendo en cuenta que los programas de rastreo necesitan ir más allá de la identificación de un adolescente con perfil de alto riesgo, debiendo estos ser derivados para evaluación y abordaje terapéutico si es requerido. (Shaffer, D. 2001)

Al mismo respecto se refiere Téllez (2006), mencionando que las investigaciones más recientes revelan que el suicidio se puede prevenir por medio de mejoras en la educación de jóvenes y niños, el tratamiento de los trastornos psiquiátricos con eficacia y el control medioambiental de los factores de riesgo

2.2 Factores sociodemográficos del suicidio

En el mundo las tasas más bajas de suicidio se dan en América Latina (Colombia y Paraguay) y Filipinas, mientras que las más altas se encuentran en Europa Oriental, especialmente en la antigua República Soviética, en lugares como Bielorrusia, Estonia, Rusia y Lituania. Sin embargo se estima que existe un subregistro de cerca del 50% en la mayoría de los países, lo que resta fe a las estadísticas mundiales. Se debe tomar en cuenta que por cada suicidio ocurren de 10 a 25 intentos de suicidio y que del 10 al 15% de los que se intentan suicidar lo logran. Las tasa mundiales de suicidio son mayores en varones y aumentan entre más edad tenga la población.

Características

Género: Los hombres cometen más suicidios que las mujeres, la proporción varía de acuerdo con el país. Solamente en zonas rurales de China ocurre lo contrario. Las mujeres realizan 3 a 4 veces más intentos de suicidio que los hombres, pero los hombres utilizan métodos más letales para el intento y se suicidan de 2 a 3 veces más que las mujeres.

Los hombres menores de 25 años son más propensos a suicidarse que las mujeres. En los varones la incidencia se incrementa con la edad. Los intentos de suicidio en las mujeres ocurren más entre los 20 y 25 años y la mayor incidencia de suicidio se alcanza alrededor de los 55 años de edad.

Edad: Las personas mayores de 65 años y los menores de 30 años presentan altas cifras de suicidio, tanto en el intento como el acto consumado. Las cifras de suicidio por grupos de edad refieren que el suicidio es más frecuente en mayores de 45 años Sin embargo, en aproximadamente un tercio de los países, las tasas de suicidio son ya superiores entre las personas de menos de 45 años de edad que entre quienes superan los 45 años De esto se concluye que el suicidio sigue siendo fenómeno de la vejez pero se está rejuveneciendo.

Estado civil: Hay mayor riesgo suicida en las personas divorciadas o solteras. En las personas casadas las mujeres presentan el mayor riesgo de suicidio.

Ocupación: Los suicidios ocurren más en los desempleados y jubilados y en ciertos profesionales como los cirujanos, anesthesiólogos, veterinarios, farmacéutas, odontólogos, granjeros y estudiantes de medicina, siendo las causas precipitantes como el acceso a medios letales, la presión del trabajo, el aislamiento social y las dificultades económicas

Desempleo: El riesgo de suicidio es mayor en personas que han perdido su empleo recientemente, efectos de desempleo están ligados a factores como la pobreza, las privaciones sociales, las dificultades domésticas y la desesperanza.

Migración: el aumento de riesgo se da en relación a la pobreza, vivienda deficiente, falta de apoyo social y aislamiento, pérdida de apoyo y raíces, expectativas insatisfechas, etc.

Antecedentes familiares: La conducta suicida es más frecuente en los familiares de primer grado de los que se han suicidado o han intentado hacerlo. Existen 6 veces más probabilidades de que intenten suicidarse individuos los cuales hayan tenido padres que demostraran la misma conducta, comparados con pacientes deprimidos de pacientes deprimidos que no intentaron suicidarse.

Abuso sexual y físico/Violencia intrafamiliar: Se ha observado relación entre el abuso sexual y físico de los padres hacia hijos produciendo síntomas depresivos, desesperanza y conducta suicida. Se señala que el abuso produce sentimientos de repulsión hacia la vida y disminuye la aversión hacia la muerte. En los hombres se coloca el abuso físico y en las mujeres el abuso sexual como mayores predictores de suicidio.

Carga académica excesiva: El rendimiento académico es una variable que se relaciona con la aparición de ideación suicida.

Autoimagen: Las personas que tienden a ser perfeccionistas toleran la frustración en menor grado y pueden presentar síntomas depresivos e ideación suicida. (Téllez, J. 2006)

Entre otros Factores Predictores asociados al Suicidio se encuentran:

- Ser viudo, separado, divorciado o vivir solo.
- Estrés ocupacional o económico.
- Antecedentes personales de ludopatía o juego patológico.
- Fácil acceso a armas de fuego, toxinas letales y medicamento.
- Trastorno de personalidad límite, narcisista o antisocial.
- Ambivalencia acerca de vivir o morir. (Téllez, J.2006)

Factores Sociodemográficos del Suicidio en la adolescencia

El suicidio en la Adolescencia ha estado envuelto en una serie de mitos basados en la falsa premisa de que la adolescencia siempre es una etapa feliz de la vida con muchas potencialidades para desarrollar una existencia creativa y en la que

las ideas de muerte son inconcebibles. Esto no refleja en modo alguno la realidad del suicidio en la adolescencia.

El suicidio hasta hace algún tiempo era considerado como un evento extremadamente raro antes de la pubertad pero actualmente se ha vuelto cada vez más frecuente en esa etapa y aún más en la adolescencia. Como parte de los datos actuales que se manejan se considera que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentan cerca de trescientos.

Shaffer y Pfeffer (2006) mencionan que aproximadamente se dan 2.000 muertes por suicidio en adolescentes anualmente en Estados Unidos, 2 millones de intentan el suicidio y casi 700.000 reciben atención médica por intentos de autoeliminación. El suicidio es más común en adolescentes y jóvenes masculinos que femeninos, creciendo la relación de 3:1 en suicidios prepuberales hasta 5.5:1 entre los de 15 a 24 años.

Entre los factores influyentes en el suicidio adolescente se encuentra el contexto cultural. En USA, por ejemplo, los afro-americanos usualmente tienen una tasa de suicidio más baja que los blancos pero esta se ha incrementado rápidamente en los últimos años. La tasa de intento de suicidio de los jóvenes hispanos es mayor que la de los jóvenes blancos y afro-americanos. Históricamente los jóvenes nativos americanos y de Alaska han tenido una tasa muy alta de suicidios.

Según el National Center for Health Statistics en el año 1997, la tasa de suicidio específica entre los diez y los catorce años de edad, era 1,6 por 100.000, la tasa de mortalidad por suicidio entre los quince y los diecinueve años de edad fue 9.5 por 100.000. Durante las tres décadas entre inicios de los 60 y fines de los 80, la tasa de suicidio entre varones de 15 a 19 años se triplicó y entre las razones sugeridas para este incremento están la disponibilidad de armas de fuego y el uso de sustancias en la población joven. En el estudio de Brent y colaboradores, también citado por Shaffer y Pfeffer (2001), se encontró que era doblemente posible hallar armas de fuego en los hogares de adolescentes que se suicidaron que en los de pacientes que intentan o de controles. Se ha notado, asimismo una relación de los suicidios con la disponibilidad de armas en áreas rurales, donde, presumiblemente, existen más armas de fuego disponibles con propósitos

deportivos, la precipitación es más prevalente en áreas urbanas con altos edificios; y la asfixia por monóxido de carbono es más común en áreas suburbanas donde los adolescentes tienen acceso a autos y garajes. A su vez las intoxicaciones se presentan en el 16% de los suicidios femeninos entre los 15 y los 24 años, pero sólo en el 2% de los suicidios en varones de esa edad.

2.3 Definiciones relacionadas con el Comportamiento Suicida

El suicidio es entendido actualmente como un trastorno multidimensional en el que interactúan complejamente factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociólogos y ambientales definiéndose así más como un síndrome y no como una sola entidad, ya que aún cuando se presente con un desenlace común, como lo es la muerte, las causas son múltiples y relacionadas con los factores más diversos. El comportamiento suicida ha llamado la atención a lo largo de toda la historia de la humanidad y ha sido analizado por diversos filósofos, teólogos, médicos, sociólogos y artistas. Se ha llegado a considerar como el único problema filosófico serio por el filósofo francés Albert Camus. El término **suicidio** fue acuñado por el médico y filósofo inglés Thomas Brown en la obra *Religio Medici*, fue definido entonces como homicidio (etimología latina: sui, de sí mismo y cadere, matar). Por su parte, la Real Academia Española en el 2001 lo define como: “acción y efecto de suicidarse, o quitarse voluntariamente la vida”.

La definición que brinda Durkheim acerca del **Suicidio Consumado** en su obra “el Suicidio” de 1897 toma en cuenta la intencionalidad del acto, refiriendo que es “Todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que ella debía producir este resultado”. (Téllez, J. 2006)

La OMS en 1969 define por su parte **el acto suicida** como todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención

y del conocimiento de sus motivos, partiendo de que debe tener como resultado del acto, la muerte.

Según Téllez (2006) y Barrero (1996), al hablar del fenómeno suicida se manejan diversas definiciones entre las que se mencionan, como parte del comportamiento suicida:

El deseo de morir: inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente, manifestándose en frases como: “la vida no merece la pena”, lo mejor sería estar muerto”.

Representación suicida: Imágenes mentales del suicidio del propio individuo (por ejemplo estar ahorcado)

Ideas suicidas: Pensamientos de terminar con la propia existencia. Se incluye

- Idea suicida sin un método específico
- Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado,
- Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo o en qué lugar lo va a ejecutar, sin tener en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto.
- El plan suicida o idea suicida planificada, en la que el individuo ha elegido un método habitualmente mortal, el lugar donde lo realizará y el momento oportuno para no ser descubierto.

Se menciona que la evaluación de la ideación suicida debe, por fuerza, formar parte de los protocolos de evaluación de los pacientes. Sin embargo, las ideas suicidas se han considerado como relativamente frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida exceptuando cuando se asocia a otros factores de riesgo que se mencionan posteriormente. Asimismo, las conductas suicidas no siempre son motivadas por el deseo de morir, es frecuente

que manifiesten también una forma de expresar sentimientos de desesperación, desamparo, frustración e ira (Buendía, J. 2004)

La amenaza suicida: Insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas. Se considera como una petición de ayuda.

El gesto suicida: Incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones serias para el sujeto.

El intento suicida, denominado también parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es el acto en el cual el individuo se hace daño deliberadamente a sí mismo pero sin tener como resultado la muerte. La mitad de los suicidas tienen antecedentes de parasuicidio, el 1% de los parasuicidas cometen el suicidio en el transcurso del año siguiente al intento, lo cual implica un riesgo 100 veces mayor que el de la población general

El suicidio frustrado. Es aquel acto suicida que hubiera terminado en la muerte de no mediar situaciones fortuitas o no esperadas, en este caso existía un deseo de acabar con la vida pero el sujeto no llega a morir por situaciones ajenas a su voluntad.

El suicidio accidental. Corresponde al realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, la muerte no es deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto, como por ejemplo en la población penal, que se autoagrede sin propósitos de morir, pero que mueren por las complicaciones.

El suicidio intencional. Es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte.

El suicidio consumado indirecto o suicidio pasivo. Definido como toda muerte originada por una actitud indiferente e inmóvil ante la vida, se identifica como particularmente común en adolescentes y podría explicar los resultados fatales de actos temerarios y arriesgados como los accidentes de tráfico. (Buendía, J. 2004).

Intento Manipulativo o Instrumental. Alude al sujeto que se autolesiona para llamar la atención sobre una situación o para expresar desesperanza, ira,

frustración, etc. Se ha asociado con el adolescente por la impulsividad y la falta de habilidades para la resolución de problemas que predomina en esta etapa. Uno de los principales problemas al hablar sobre suicidio y su intencionalidad se da precisamente en la complejidad de las definiciones relacionadas con el comportamiento suicida ya que en el caso de que el suicidio sea consumado no se llegan a saber del todo las razones que lo produjeron en vista de que precisamente no se cuenta ya con la persona que ejecutó el acto. Se considera que el único medio para valorar la intención del suicidio es la autopsia psicológica en la que se realiza una suposición de lo que pensó la víctima por medio de información de que se realizan entrevistas a familiares y amigos. Los estudios realizados con esta técnica sugieren una gran importancia del trastorno psiquiátrico como causa próxima de la mayoría de los suicidios.

Actualmente se definen nuevas terminologías que designan al intento de suicidio como “**comportamiento suicida mortal**” y “**comportamiento suicida no mortal**”. Los comportamientos suicidas no mortales ocurren más en mujeres que en hombres (3:1), al contrario de los comportamientos suicidas mortales. A su vez, la razón entre las conductas mortales y no mortales es de 20:1, variando según la edad, presentándose de 2:3 intentos por suicidios en mayores a 65 años y hasta 200 intentos por suicidio en menores de 25 años. La conducta suicida mortal presenta métodos suicidas muy violentos y graves, además se relaciona positivamente con la enfermedad física, pero la no mortal no se relaciona. En la conducta mortal predominan los trastornos mentales graves (Trastorno Bipolar, Esquizofrenia, Depresión Mayor) mientras que en la no mortal predominan los trastornos adaptativos. (Téllez, J. 2006).

2.4 Factores de riesgo asociados al Suicidio

2.4.1 Generalidades

Cuando se expone un tema a través de la concepción del modelo de vulnerabilidad y el enfoque de Riesgo se hace alusión a una serie de conceptos fundamentales como los factores y conductas de riesgo, así como los factores y conductas protectoras, esenciales en la aplicación del método epidemiológico a los fenómenos sociales. A continuación se mencionan algunos de los conceptos principales como parte del marco contextual del presente trabajo relacionado precisamente con la detección de factores de riesgo suicida en adolescentes, teniendo en cuenta que cuando se buscan estos factores de riesgo se interactúa también con los demás conceptos mencionados.

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

El **enfoque de riesgo** ha sido ampliamente utilizado en programas de atención primaria y tiende a centrarse en la enfermedad, en el síntoma y en aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico o social. Es muy importante, a este respecto entender que los factores de riesgo pueden operar de diferentes formas en distintas etapas de la vida y que las influencias protectoras pueden provenir de experiencias vividas a una edad muy temprana por lo que para fines prácticos es más certero concentrarse en los mecanismos de riesgo y no en los factores de riesgo ya que se han evidenciado características que dependiendo del contexto pueden ser un riesgo en una situación y un factor protector en otra.

Los **factores de riesgo** se refieren a cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud. Valverde et al (2001) los definen como todos aquellos determinantes que están en el ambiente, que no dependen de los sujetos y que aumentan la probabilidad de que ocurra, en el corto, mediano o largo plazo, algún evento dañino. Por otra parte **las conductas de riesgo** se definen como los comportamientos que dependen de los individuos (a diferencia de los factores de riesgo) y que generalmente son funcionales en las personas, es decir, tienen una intención, o lo que es lo mismo, se dirigen a metas, concientes o inconcientes. Otras definiciones indican que los factores de riesgo son aquellas conductas que pueden comprometer la salud, el bienestar o la adaptación social y que si están presentes, se asocian a un incremento de la probabilidad de que sucedan hechos negativos o indeseables.

Aspectos sobre los factores de riesgo suicida

A lo largo del tiempo se han hecho búsqueda de numerosas estrategias para prevenir el suicidio, tratando de conocer primeramente su etiopatogenia y tomando en cuenta el riesgo aumentado de suicidio de los pacientes con enfermedad mental, principalmente en la depresión y la esquizofrenia. En nuestro medio actual puede existir una visión simplista que presente a la conducta suicida como una secuela de la enfermedad depresiva lo que dificulta la toma de medidas adecuadas para la prevención.

Según Shaffer (2001), se debe considerar, antes que todo, que los factores de riesgo suicida son **individuales**, ya que lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros puede no representarlo. También se consideran de carácter **generacional**, ya que los factores de riesgo en la niñez pueden no serlo en la adolescencia, la adultez o la vejez y por otra parte son **genéricos**, ya que la mujer tendrá factores de riesgo en relación a su condición, que la diferencian de los factores para el hombre. Por último se considera que están condicionados

culturalmente, pues los factores de riesgo suicida de determinadas culturas pueden no serlo para otras.

Como ejemplo de lo anterior se puede hacerse mención del estudio de Shaffer y col, de 1996, en el que se presenta que el factor de riesgo más significativo en mujeres es la presencia de depresión mayor, la cual, en algunos estudios, incrementa el riesgo de suicidio en 20 veces y el siguiente factor de riesgo más importante es un intento de suicidio previo, lo que incrementa el riesgo significativamente. Por otra parte, para el hombre, un intento de suicidio previo es el predictor más importante, incrementando la tasa más de 30 veces, seguido por depresión, abuso de sustancias (alcohol o drogas) y comportamiento destructivo.

En el estudio de Mann y Stanley de 1986, citado por Téllez (2006) se muestra que la incidencia del suicidio varía en los diferentes trastornos mentales: 20% en los bipolares, 15% en alcohólicos, 15% en la depresión unipolar o recurrente y de un 10 a 13% en la esquizofrenia

Los trastornos mentales ocasionan el mayor número de intentos y suicidios consumados, sin embargo, los estudios clínicos revelan que en muchos casos es la impulsividad y el pesimismo los factores que están fuertemente ligados a la conducta suicida, de ahí los casos de suicidio en enfermos con patología mental. Estos factores también estarían relacionados con otras entidades como los trastornos de personalidad, el abuso de sustancias psicoactivas y la vulnerabilidad neurobiológica.

Se podría indicar, con un objetivo esquemático, que el comportamiento suicida se origina en cinco clases de factores que interactúan:

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

Se sugiere, por la compleja interacción de estos factores que la conducta suicida sea estudiada no como un síntoma, sino como un síndrome que coexiste con diferentes patologías psiquiátricas y con entidades médicas. (Téllez, J. 2006)

En el compendio realizado por Téllez y Forero, (2006) sobre la Neurobiología y los factores de riesgo suicida se mencionan aspectos generales, entre los que se pueden mencionar las siguientes:

- El suicidio es considerado por la OMS (2000) como un trastorno multidimensional, y resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales
- Los factores biológicos, psiquiátricos, sociales, ambientales del individuo se relacionan entre sí con las causas de suicidio.
 - Los estresores vitales requieren de la presencia en mayor o menor grado de una vulnerabilidad biológica y psicológica (diátesis) para que se desencadene el comportamiento suicida
 - Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente relacionados con el suicidio son: depresión unipolar, trastorno bipolar, esquizofrenia, así como también el abuso de las drogas y el alcohol, los trastornos de control de impulso y de ansiedad.
 - En diferentes estudios prospectivos se han identificado como factores de riesgo para el comportamiento suicida a la historia de un intento previo, historia individual de trastornos afectivos, abuso de sustancias psicoactivas o del alcohol, sentimientos de desesperanza, de ruptura afectiva y presencia de ideas suicidas.
 - Se considera que el factor más importante en la prevención del riesgo suicida son las conductas previas al acto, seguido por los antecedentes familiares de suicidio, enfermedades físicas graves y dolorosas (prevalecen en el 25% de los suicidas en general y alcanza el 80% en los ancianos),

antecedentes de maltrato físico o abuso sexual en la niñez y la inestabilidad social o familiar

- Se indica que la presencia de idea de suicidio y un plan suicida específico pueden considerarse como un marcador que sugiere un suicidio inminente, el cual requiere hospitalización inmediata.
- En los pacientes que han intentado el suicidio existe una comorbilidad con trastorno límite de la personalidad, uso de tabaco, estudio de sustancia psicoactivas o del alcohol, historia familiar de actos suicida, historia de abuso en la infancia y trauma craneoencefálico
- Hay otros factores que son de trascendencia, como la disponibilidad de medios para el suicidio, pero que no se tienden a tomar en cuenta habitualmente. Se menciona al respecto que en Inglaterra en los años 60 se eliminó el monóxido del gas doméstico y como consecuencia hubo una baja en los suicidios por este medio y disminuyó también la tasa de mortalidad por varios años.
- Los estresores psicosociales y los eventos vitales estresantes a menudo preceden un suicidio o un intento de suicidio pero se considera que raramente son una causa suficiente para suicidio. La importancia radica en su acción como factores precipitantes, especialmente en los jóvenes que están en riesgo en virtud de su condición psiquiátrica

2.4.2 El Modelo Diátesis-Estrés

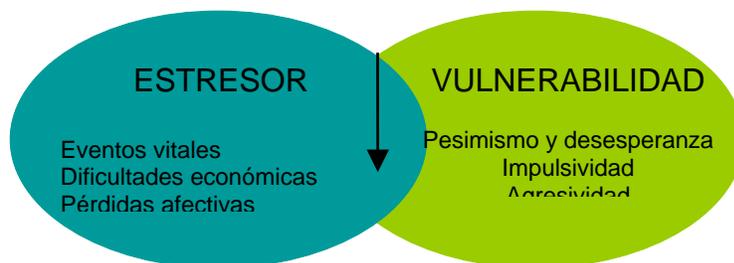
En el trabajo realizado por Oquendo y colaboradores en el 2004, citado por Téllez (2006), se propone el modelo (estresor – diátesis) para explicar la conducta suicida tomando en cuenta que según los estudios epidemiológicos, las mayores tasas de suicidio se dan en pacientes con un gran historial de impulsividad, agresividad e inestabilidad. Este comportamiento resulta de la interacción de los estresores con una predisposición o vulnerabilidad (diátesis), y no obedece simplemente a factores de estrés externos.

En este modelo los estresores (eventos vitales, dificultades financieras, pérdidas afectivas, enfermedad depresiva) son los precipitantes observables del acto suicida y la diátesis se caracteriza por la tendencia al pesimismo, la desesperanza y la presencia de agresividad o impulsividad. Los endofenotipos clínicos, neuroquímicos y neuroendocrinos están relacionados con la expresión de la vulnerabilidad a la conducta suicida, generada a la vez, por factores genéticos o antecedentes individuales como el abuso sexual y físico en la infancia. El modelo es el resultado de la compleja interacción entre los marcadores clínicos, con marcadores neuroquímicos y estos pueden ser modificados por otros factores como alteraciones genéticas o neuroendocrinas.

Un ejemplo de cómo este modelo puede explicar el alto riesgo de suicidio observado en las personas con Abuso Sexual Infantil es que posterior al abuso se presenta una alteración del eje HPA, el cual al interactuar con los marcadores biológicos, puede producir el comportamiento suicida.

Así, las experiencias de la vida que incluyen pérdida de los padres, negligencia, abuso físico y sexual, y la disfunción familiar pueden tener un efecto deletéreo en los sistemas neurobiológicos, incrementando el riesgo de desarrollar trastornos depresivos y ansiedad en la edad adulta.

CONDUCTA SUICIDA



*Esquema del modelo diátesis estrés. Realizado por OQUENDO Y COLABORADORES (2004). Tomado de Tellez J, Forero J . (2006) **Suicidio. Neurobiología, Factores de Riesgo y Prevención**. Nuevo Milenio. Bogotá. Colombia. Pág. 64.*

2.4.3 Factores Neurobiológicos relacionados con el Suicidio

El inicio del estudio de los factores neurobiológicos de esta conducta fue hecho por Asberg en 1976 quién correlacionó la disminución de las concentraciones de serotonina cerebral con las formas violentas de suicidio. Se ha considerado gracias a los estudios que sería posible identificar marcadores biológicos que permitan reconocer en forma precoz de las ideas suicidas, disminuir las tasas de suicidalidad y aminorar el impacto social y psicológico que el suicidio provoca en las personas. Las neurociencias han identificado genes, alteraciones en la actividad neurotransmisora o en las concentraciones de ácidos grasos y endofenotipos clínicos relacionados con la impulsividad, pesimismo y suicidio.

Entre los factores biológicos que mejor se han podido corroborar como relacionados con el suicidio se encuentra la desregulación del sistema serotoninérgico, común en los adultos suicidas. La serotonina parece inhibir las fluctuaciones extremas del humor y la reactividad, por otra parte la impulsividad y

volatilidad emocional relacionadas con anomalías biológicas podrían vincularse con una vulnerabilidad al suicidio.

La desregulación serotoninérgica se manifiesta por bajos niveles de metabolitos de serotonina en los fluidos del SNC, bajas concentraciones de receptores serotoninérgicos presinápticos, y densas concentraciones de receptores postsinápticos. Las anomalías de la serotonina se han localizado en la corteza ventro-lateral prefrontal y en el tronco encefálico de víctimas de suicidio y de intentos en estudios de tomografía por emisión de positrones postmortem así como en ensayos biológicos in vivo. La corteza pre-frontal ventral juega un rol en la inhibición comportamental, es posible que irregularidades en la serotonina en esta área dificulten en un individuo suicida el control de sus impulsos. Se ha descrito también una relación con el polimorfismo en el gen de la triptófano hidroxilasa.

Si los hallazgos a través del tiempo son confirmados se podría llevar al desarrollo de análisis de sangre específicos como factores de riesgo suicida.

Como ejemplo se presentan estudios preliminares según Kruesi y col., 1998, mencionado por Shaffer (2001), en los que se encontró que tres cuartos de los adolescentes que intentan suicidio tenían concentraciones de 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el LCR que indicarían severo riesgo suicida en adultos, estos estudios sugieren también que bajas concentraciones en LCR de ácido homovanílico podrían ser más predictivas en adolescentes. Se ha llegado a sugerir que conocer el estatus biológico de los que intentan el suicidio podría tener un valor práctico y que detectando concentraciones bajas de 5-HIAA en LCR de jóvenes examinados inmediatamente después de un intento de suicidio podrían diferenciar entre los que podrían cometer suicidio o repetir el intento dentro de un año y aquellos que no.

2.4.3.1 Marcadores neuroquímicos implicados en la conducta suicida

Sistema serotoninérgico:

A través del trabajo de Asberg y colaboradores en 1976, se presentaron resultados *post mortem* con el hallazgo de bajas concentraciones de 5-hidroxi-indol-acético (5HIAA) en el líquido cefalorraquídeo de los suicidas con trastornos depresivos. El 5HIAA es un metabolito de la serotonina considerado como el indicador de la actividad serotoninérgica y la serotonina es precisamente considerada como “el neurotransmisor de los impulsos” ya que inhibe la impulsividad y es el modulador de varios procesos de conducta y la vida de relación entre seres humanos. Se propone que la agresividad en los suicidas puede ser originada en la inhibición córtico-prefrontal ventral causada por una falla en el aporte de serotonina y que la impulsividad se relaciona con la aparición del comportamiento suicida. Asimismo las bajas concentraciones de serotonina se relacionan con aumento de la impulsividad y la agresión, mayores puntajes de neuroticismo en pacientes y familiares, y mayores niveles de desesperanza. Se han realizado estudios en adolescentes suicidas que demuestra una mayor densidad en los receptores 5HT_{2A} y aumento en la expresión proteica del RNA mensajero de la corteza prefrontal y del hipocampo, áreas que se consideran relacionadas con las emociones, el estrés y las funciones cognoscitivas. (Téllez, J. 2006)

Sistema noradregénico:

Se ha observado que un aumento en la concentración de norepinefrina incrementa los niveles del comportamiento agresivo.

Sistema dopaminérgico:

Se ha descubierto relación entre niveles bajos del 5HIAA y del ácido homovanílico (HVA), metabolito de la dopamina, en suicidas con depresión mayor. Los niveles bajos de dopamina producen cuadros depresivos o de melancolía, por compromiso del circuito del cíngulo anterior y de los ganglios basales.

2.4.3.2 Marcadores neuroendocrinos implicados en la conducta suicida

Los factores estresores que activan la respuesta neuroendocrina en la infancia pueden asociarse con la vulnerabilidad heredada y ocasionar alteraciones en la corteza prefrontal que se manifiesta en comportamientos suicidas.

En personas que han realizado intento de suicidio y en víctimas de suicidio se ha encontrado hipercortisolemia comprobándose la presencia de una hipersecreción crónica de CRH y la sensibilización de los receptores de glucocorticoides y mineralocorticoides de tipos I y II en el hipocampo.

Altas cifras de cortisol plasmático se relacionan con la aparición de cuadros depresivos y un incremento en el riesgo de suicidio. Se postula que el abuso sexual produce en los niños hiperactividad del HPA y alteraciones en el sistema de neuropéptidos y que en la edad adulta se puede manifestar como inestabilidad afectiva, irritabilidad, impulsividad y dificultad para afrontar el estrés.

Las personas violentas y comportamiento suicida tienden a presentar niveles más bajos de TRH dentro del grupo de los depresivos, y estas cifras no se modifican después del tratamiento con antidepresivos, por lo que algunos autores, lo consideran un marcador de rasgo de la impulsividad.

Las manifestaciones clínicas ligadas al pesimismo, como la sensibilidad interpersonal y la dependencia a la recompensa guardan relación con la producción elevada de cortisol urinario en 24 horas, incremento observado también en individuos con intentos de suicidio recientes, posiblemente por una respuesta anómala al estrés.

Para demostrar la relación del eje HPA con el suicidio se ha postulado como posible marcador al test de supresión a la dexametasona, habiéndose encontrado en estudios prospectivos que los pacientes que logran el suicidio habían mostrado una respuesta positiva al test.

2.4.3.3 Marcadores genéticos implicados en la conducta suicida

Estudios realizados en familias demuestran que la transmisión genética es fundamental en la neurobiología de la conducta suicida, fuera de los factores hereditarios relacionados con las enfermedades mentales. Estudios con gemelos y personas adoptadas demuestran que la vulnerabilidad al suicidio se relaciona con un componente genético, los gemelos monocigóticos tiene mayor grado de concordancia para el suicidio que los dicigóticos

El historial de suicido previo en familiares y de familiares con actos suicidas son indicadores claves de la presencia de la diátesis y sugieren la posible existencia de un factor hereditario tantos para los trastornos suicidas como para los trastornos afectivos. (Téllez, J. 2006)

2.4.4. Suicidio y Enfermedad Mental

Trastorno depresivo mayor

La depresión en sus diferentes manifestaciones clínicas, es el trastorno mental que con mayor frecuencia se asocia a la conducta suicida. La presencia de sentimientos de rabia hacia sí mismo con frecuencia ocasiona la aparición de ideación suicida.

Se calcula que la depresión que la depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio de la población general.

El 60% de los suicidas padece de un trastorno afectivo y el riesgo de suicidio en los pacientes deprimidos que han sido hospitalizados es del 15%, con un riesgo

mayor en varones. Presentan, a su vez, una mayor tasa en intentos y consumación de suicidio, que se relacionan positivamente con la intensidad depresiva, menor edad en la aparición de síntomas depresivos, estado civil (menor en casados), mayores ideas de suicidio y el historial familiar con respecto a conducta suicida.

Cuando el Trastorno Límite de la personalidad se asocia con una depresión severa el riesgo de morir por suicidio es 450 veces mayor.

Trastornos de ansiedad

Se estima que los trastornos de ansiedad aumentan de 6 a 10 veces el riesgo de suicidio de la población en general, sin embargo la tasa de suicidio en los trastornos de ansiedad es menor que en los depresivos. Se considera que en gran cantidad de casos el abuso del alcohol enmascara los trastornos de ansiedad.

Trastorno afectivo bipolar

Las ideas de autoeliminación y el comportamiento suicida son frecuentes en los enfermos bipolares. La impulsividad es un comportamiento prominente en el trastorno afectivo bipolar y está presente aún en los períodos eutímicos de la enfermedad.

Esquizofrenia

El suicidio es la principal causa de muerte prematura en los pacientes con esquizofrenia.

Se estima que entre el 20 y 25% los esquizofrénicos intentan suicidarse y esta tasa es similar a los trastornos afectivos y 20 veces mayor a la observada en general.

Abuso de alcohol

La incidencia de alcoholismo en general es del 10% y el riesgo de suicidio en la vida de los pacientes de este tipo se estima en 15%, cifra similar en los trastornos afectivos. Cuando se asocian depresión y alcoholismo, el riesgo de suicidio es de 75 a 80 veces mayor que el de la población general, es un importante predictor de suicidio. Los suicidios son más frecuentes en los alcohólicos crónicos. Se sugiere que las personas con este diagnóstico dual tienen mayor alteración del sistema serotoninérgico y que la disfunción dopaminérgica causada por el alcoholismo parece jugar un importante papel en la fisiopatología de la conducta suicida

Trastornos de la alimentación

En los enfermos con trastorno del comportamiento alimentario son frecuentes los suicidios y las conductas parasuicidas, especialmente relacionados con altos niveles de impulsividad, lo que es más común en la bulimia y en los cuadros de anorexia del tipo purgativo. Se sugiere que puede existir en estos casos una alteración en la biodisponibilidad de la serotonina, neurotransmisor que se relaciona con el comportamiento impulsivo, la conducta suicida y los trastornos de alimentación. (Téllez, J. 2006).

2.4.5 Factores Predisponentes

2.4.5.1 Impulsividad y Suicidio

La impulsividad se considera como una predisposición a actuar en forma inmediata, una reacción no planeada a estímulos internos (tensión) o externos, sin tener en cuenta las consecuencias de los actos para los demás y para sí mismo. Se asocia con fallas en la conciencia, perjudicando la habilidad para reflexionar e impedir la inteligencia o la capacidad de guiar la conducta. Se habla de impulsividad cuando se da, por lo tanto, un estado de extrema agitación en el que el individuo está tenso y no piensa con claridad.

El acto suicida con frecuencia se relaciona con la depresión y desesperanza, pero requiere factores que puedan reducir la inhibición que existe hacia la conducta suicida, para que de esta forma se pueda realizar el intento de autoeliminación. Precisamente la impulsividad es un factor que desinhibe la conducta y origina un alto riesgo de suicidio, aunque tiende a asociarse más con intentos fallidos o gestos suicidas ya que los que se intentan suicidar impulsivamente comparados con los que predeterminadamente lo hicieron, tienen menor probabilidad de morir en el acto. Se ha llegado a suponer que la impulsividad/agresividad causa el intento de suicidio, mientras que la depresión es causa de los suicidios consumados, esto debido a que la impulsividad incrementa el riesgo de intentos de suicidio pero impide planear el acto suicida, y por eso con frecuencia el intento no es letal. La impulsividad está relacionada también con el uso de medios más violentos, lo que se puede considerar como un marcador de elevadas conductas agresivo-impulsivas.

El componente *impulsividad/agresividad* se manifiesta como antecedentes de conductas impulsivas y como rasgos de personalidad que configuran el grupo B de los trastornos de personalidad: antisocial, limítrofe, histriónico y narcisista.

2.4.5.2 Impulsividad, Pesimismo y suicidio

La impulsividad- agresividad asociada con la enfermedad mental incrementa el riesgo de suicidio. Asimismo se menciona que en estudios con pacientes que intentaron suicidarse se muestra una mayor tendencia al pesimismo cuando se comparan con quienes no lo intentaron. Los pesimistas al afrontar una enfermedad o un estresor vital tienden a presentar mayores sentimientos de desesperanza, mayor intensidad en los síntomas depresivos y percibir menores razones para vivir, lo que se acompañan de ideas suicidas más frecuentes e intensas. La limitación de las posibilidades intelectuales o visión “en túnel” impide que el individuo vea más allá de la situación inmediata y tome decisiones en base al momento actual.

2.4.5.3 Desesperanza

Se define como la necesidad de escapar de situaciones dolorosas, unida a la percepción de que la persona no encuentra salida al problema y considera que la muerte es lo único que le causará alivio. Es un factor de riesgo importante ya que suele asociarse a una sensación de soledad, desarraigo y falta de sentido de la vida, lo que origina planes e ideas suicidas. Cuando la visión que se tiene de los problemas está reducida y el juicio comprometido por un estado depresivo el suicidio se puede concebir como una forma de escapar del sufrimiento y terminar de una vez por todas con el temor. (Téllez, J. 2006).

2.5 Factores de riesgo Suicida en Adolescentes

2.5.1 Factores culturales y sociodemográficos asociados al suicidio adolescente

Entre los factores implicados en este ámbito se describen los problemas socioeconómicos, los bajos niveles educacionales y el desempleo pues limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades elementales.

Según Pérez Barrero (1996), los factores asociados a la cultura adquieren mucha importancia en entre las minorías étnicas y los inmigrantes, que se ven sometidos a un proceso de impacto cultural con pérdida de la identidad y sus costumbres, ya que deben hacer esfuerzos constantes por lograr adaptarse a la nueva cultura, tienen sentimientos de duelo y pérdida y pena, con recuerdos de los amigos, familiares, la profesión, las posesiones y cuanto se ha dejado atrás, sentimientos de ser rechazado por los miembros de la nueva cultura, angustia, disgusto e indignación , confusión en el rol, las expectativas, los valores y la identidad ante la

nueva cultura, todo esto crea una sensación de incapacidad de adaptarse a la nueva cultura.

Estas razones, además de 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 pueden contribuir al suicidio de los adolescentes de estos grupos poblacionales.

Asimismo, la mudanza o migración interna, especialmente de zonas rurales a urbanas pueden ser un factor de riesgo de suicidio de importancia en la adolescencia, principalmente cuando no se logra la adaptación creativa al nuevo entorno.

2.5.2 Patrones familiares relacionados con el suicidio adolescente

Entre estos factores se citan los siguientes:

- Presencia de padres con trastornos mentales.
- Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento
- Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros.
- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Pobre comunicación entre los integrantes de la familia, con dificultades para demostrar afectos.
- Frecuentes riñas y 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.
- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes
- Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.

- Situación de hacinamiento, convivencia de varias generaciones en un breve espacio.
- Autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores, con exigencias desmedidas o total falta de exigencia
- Incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente.
- Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés.
- Llamadas constantes de atención al adolescente con un carácter humillante.
- Padres divorciados o separados que utilizan al adolescente para agredirse mutuamente, creando una imagen desfavorable del progenitor. (Pérez Barrero, S. 1996).

2.5.3 Eventos vitales adversos relacionados con el suicidio adolescente

Se presentan a continuación una lista de situaciones o eventos vitales desfavorables con los que los adolescentes vulnerables pueden desembocar en una crisis suicida:

- Problemas familiares
- Separación de amigos, compañeros de clases, novios y novias.
- Muerte de un ser querido u otra persona significativa.
- Conflictos interpersonales o pérdida de relaciones valiosas.
- Problemas disciplinarios en la escuela o situaciones legales.
- Aceptación del suicidio como forma de resolución de problemas entre los amigos o grupo de pertenencia.
- Presión del grupo a cometer suicidio bajo determinadas circunstancias y ante determinadas situaciones.
- Situación de victimización o abuso.
- Fracaso en el desempeño escolar.

- Exigencia elevada de padres y maestros durante el período de exámenes.
- Embarazo no deseado y embarazo oculto.
- Infección con VIH o padecer una infección de transmisión sexual.
- Padecer una enfermedad física grave.
- Violación o abuso sexual, con mayor peligrosidad si se trata de familiares.
- Estar sometido a amenazas de muerte o golpizas continuas.
- Incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas y asumidas por el adolescente como metas inalcanzables. (Pérez Barrero, S. 1996).

2.5.4 Psicopatología del adolescente asociada al suicidio

Según Shaffer y Pfeffer (2001), estudios de autopsia psicológica realizados por Brent y colaboradores en 1999 el 90% de los suicidios adolescentes ocurre en individuos con un trastorno psiquiátrico preexistente, en aproximadamente la mitad de éstos, el trastorno psiquiátrico ha estado presente por dos o más años y aproximadamente un tercio de los suicidas ha hecho un intento de suicidio previo conocido. Sin embargo, la mayoría de los suicidios adolescentes parecen ser impulsivos.

Las formas más comunes de trastorno psiquiátrico encontradas en los suicidios consumados son:

- 1) Trastornos del humor, en los varones a menudo asociado con trastorno de conducta o abuso de sustancias
- 2) Abuso de alcohol y/o sustancias, particularmente en varones mayores de quince años de edad.
- 3) Mujeres que sufren de un trastorno depresivo mayor también parecen tener pensamientos sobre el suicidio por algún tiempo y a menudo habrán hecho alguna preparación para su muerte.

Se describe que una gran cantidad de adolescentes que cometieron suicidio eran notablemente irritables, impulsivos, volátiles, y proclives a las explosiones de agresión. Sin embargo La comorbilidad entre diferentes trastornos es común. Muchos niños y otros jóvenes han sido descritos como excelentes estudiantes, apreciados por sus pares, ansiosos pero sin comorbilidad y no habían mostrado signos evidentes de disturbios antes de suicidarse, provocando una gran sorpresa en parientes y amigos

El suicidio es a menudo precedido por un evento estresante, por ejemplo problemas en la escuela o con la ley, ruptura con un novio o novia, etc. Se ha propuesto también que en jóvenes presumiblemente suicidas un acto de autoeliminación puede ser precipitado por exposición a noticias del suicidio de otra persona o por leer o ver sobre un suicidio retratado románticamente en un libro, revista o periódico.

El Dr. Sergio A. Pérez Barrero, en su condición de Presidente de la Sección de Suicidiología de la Sociedad Cubana de Psiquiatría y Fundador de la Sección de Suicidología de la Asociación Mundial de Psiquiatría ha realizado varios estudios y numerosas publicaciones sobre los Factores de Riesgo Suicida en la adolescencia. Se mencionará a continuación las patologías más comúnmente relacionadas con el suicidio adolescente.

Depresión

La combinación de los síntomas depresivos y comportamiento antisocial ha sido descrita como el antecedente más común del suicidio en los adolescentes. Casi las tres cuartas partes de aquéllos que eventualmente se quitan la vida muestran uno o más síntomas de depresión y pueden sufrir de una enfermedad depresiva importante.

Sin embargo, no necesariamente la depresión es concomitante ya sea con los intentos suicidas o con los pensamientos suicidas.

La depresión en jóvenes puede a menudo presentarse asociada a síntomas físicos como cefalea, dolor de estómago y dolores punzantes en las piernas o en el pecho.

Las jóvenes con tendencia depresivas tienden a ensimismarse, volverse silenciosas, pesimistas e inactivas. Los jóvenes deprimidos a su vez tienden a comportamientos destructivos, agresivos y exigen gran atención de quienes los rodean, esta agresividad puede conducir a la soledad que es en sí misma un factor de riesgo para el comportamiento suicida.

Entre los síntomas más frecuentes observados en los adolescentes deprimidos están:

- Tristeza, aburrimiento, tedio y fastidio
- Pérdida de los intereses y del placer en las actividades que anteriormente lo despertaban.
- Trastornos del hábito de sueño, con insomnio o hipersomnía.
- Intranquilidad.
- Falta de concentración.
- Irritabilidad, disforia, malhumor.
- Pérdida de la energía para emprender las tareas cotidianas.
- Sentimientos de cansancio y agotamiento.
- Preocupaciones reiteradas con la música, libros, y juegos relacionados con el tema de la muerte o el suicidio.
- Manifestar deseos de morir
- Sentirse físicamente enfermos, sin tener una enfermedad orgánica alguna.
- Incremento del uso del alcohol y las drogas.
- Falta de apetito o apetito exagerado.
- Conducta rebelde sin una causa que lo determine.
- Expresar ideas suicidas o elaborar un plan suicida.
- Planificar actos en los que no se calculen de forma realista, las probabilidades de morir.
- Llanto sin motivo aparente.
- Aislamiento social evitando las compañías de amigos y familiares.

- Pesimismo, desesperanza y culpabilidad.

Trastornos de ansiedad

Se muestra una correlación consistente entre los trastornos de ansiedad y los intentos de suicidio, especialmente en los varones y con relativa independencia de la depresión.

Las manifestaciones comunes del Trastorno de Ansiedad son las siguientes:

- *Manifestaciones físicas* como pulso acelerado, palidez facial o rubor, incremento de la frecuencia respiratoria y sensación de falta de aire, sudoración de manos y pies, temblor, tensión muscular generalizada, saltos musculares, dolor de cabeza, náuseas, dolores abdominales, diarreas, micciones u orinas frecuentes, salto de estómago, piel de gallina, frialdad de manos y pies, etc.
- *Manifestaciones psicológicas* como temor, nerviosismo, sensación de estar esperando una mala noticia, inquietud.
- *Manifestaciones conductuales* como timidez, aislamiento, evitación de aglomeraciones y actividades sociales, dependencia, intranquilidad motora, hiperactividad afanosa o necesidad de mantenerse ocupado.

Abuso de alcohol y drogas

El consumo excesivo de drogas y alcohol también es frecuente entre los niños y adolescentes que cometen suicidio, se encuentra presente a menudo un patrón desadaptativo de consumo de sustancias, con consecuencias adversas, incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso y dañino, pudiendo llevar a problemas legales, sociales e interpersonales recurrentes.

Entre las señales que se asocian al consumo drogas se encuentran:

- Cambios bruscos en amistades.
- Cambios en la manera de vestir y de hablar, utilizando la jerga propia de los toxicómanos.
- Disminución del rendimiento académico y repetidas ausencias injustificadas a la escuela, sin que se conozca en qué ha empleado el tiempo.
- Cambios en su comportamiento habitual en el hogar, tornándose irritables, aislados y sin deseos de compartir con el resto de la familia.
- Hurtos en el propio domicilio, o en el de otros familiares, amigos o vecinos para venderlos y adquirir el dinero con que comprará la droga.
- Robo de dinero a los padres o les mienten sobre supuestas compras de artículos deseados pero inexistentes.
- Cambios en los horarios de las actividades, predominando las que realiza en horarios nocturnos.
- Señales de quemaduras en las ropas, manchas de sangre, señales de pinchazos en antebrazos o resto de drogas en los bolsillos.

Trastornos alimentarios

Se ha descrito que las jóvenes anoréxicas sucumben frecuentemente a la depresión y el riesgo de suicidio es 20 veces mayor que para los jóvenes en general.

Trastorno Disocial de la personalidad

Es otro factor de riesgo de suicidio entre los adolescentes. Por sus rasgos clínicos tiene una elevada propensión al suicidio y a la realización de daños autoinfligidos, con gran deterioro de la actividad social, académica y laboral y con alta frecuencia de abuso de sustancias y dependencia.

Trastornos psicóticos

Entre los adolescentes afectados por patologías psiquiátricas severas como esquizofrenia o trastornos maniaco depresivos el riesgo de suicidio es alto. La mayoría de los jóvenes psicóticos se caracteriza por presentar varios factores de riesgo tales como problemas con la bebida, fumar excesivamente y abusar de las drogas.

Intentos previos de suicidio

Los antecedentes de intentos de suicidio, singulares o recurrentes son factores de riesgo importantes para el comportamiento suicida.

Dificultad con respecto a orientación sexual

Los jóvenes con tendencias homosexuales y bisexuales presentan un riesgo aumentado de intentos de suicidio, en parte por la dificultad de aceptación de su orientación y lo que a nivel familiar y social puede conllevar, asociando múltiples factores de riesgo como depresión, intentos de suicidio previos, abuso de sustancias, victimización sexual, conflictos familiares, antecedentes de haber sido víctimas de abuso sexual o físico infantil, agresión en la escuela rechazo social, dificultad para encontrar pareja o grupo, etc. (Shaffer y Pfeffer, 2001)

2.5.5 Rasgos de Personalidad relacionados con el suicidio Adolescente

Se han descrito algunos atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para cometer suicidio como:

- 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 autoexigencia que rebasa los límites razonables.
- Sentimientos de ser rechazado por otras figuras significativas.
- Dificultades con la aceptación de la orientación sexual.
- Relación ambivalente con los progenitores, otros adultos y amigos.
- Frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza.
- Ser frecuentemente heridos con la mínima crítica. (Pérez Barrero, S. 1996).

2.5.6 Creencias Irracionales e Ideación suicida Adolescente

Creencias y Pensamientos sobre la muerte

Según la investigación realizada por la licenciada Chanto Alpízar (2004), en el que se estudiaron las principales creencias irracionales e irracionales sobre la vida y la muerte de 16 adolescentes costarricenses internados en el hospital nacional psiquiátrico por haber realizado conductas suicidas se concluyó que en la mayoría de ellos predominaban las creencias racionales con respecto a la vida, mientras que con relación a la muerte predominaban las creencias irracionales al considerar a la muerte como una forma de solución de los propios problemas.

Se logró encontrar en el grupo adolescente un predominio de pensamientos depresivos, impulsividad y baja tolerancia a la frustración, con pensamientos irracionales como el tremendismo y la condenación en varios de los adolescentes,

lo que tiende asociarse a que los problemas puedan ser visualizados como intolerables y se tienda al impulsividad y al "acting out" como una forma de solicitar ayuda.

Se indica que las conductas suicidas se encuentran sustentadas en el pensamiento irracional, el cual está cargado de pensamientos negativos e ilógicos, con gran tendencia a depresión, la visión negativa asimismo, del mundo y el futuro, con gran pesimismo y desesperanza a la hora de evaluar las vivencias cotidianas. Como resultado importante de este trabajo se menciona que la mayoría de los adolescentes tenía una concepción de la muerte como un paso a otro lugar sin sufrimientos, como una respuesta los problemas y no con una percepción de la muerte como algo contundente o definitivo, convirtiéndose una forma inadecuada de pensamiento con el cual se trata adquirir independencia y poder sobre el destino, relacionado lo anterior con la crisis adolescente en búsqueda de identidad y autonomía.

También se denota los intentos de autoeliminación como una forma de ejercer control sobre medio familiar, como una forma de castigar y hacer sufrir a familiares. No se encontró que el discurso religioso fuera un factor protector, sino que se consideró más importante el estado anímico depresivo, las formas inadecuadas de afrontamiento de conflictos y situaciones estresantes, la inestabilidad emocional, los problemas familiares y el poco control de impulsos como factores asociados al acto autolesivo.

Según el estudio en los adolescentes entrevistados predominaron los pensamientos de tipo irracional con respecto a la muerte en un 62.5% de los casos, con el tremendismo presente en un 42.85% de los adolescentes. Se menciona entre las conclusiones que una gran parte adolescentes buscan comunicar, a través de los actos de autoagresión, sus necesidades de atención y afecto, y la gran desesperación ante la falta de formas saludables para solución de problemas familiares o personales, convirtiéndose así, el acto suicida, en una forma de pedir auxilio más que un verdadero deseo de morir. Se recomienda exhaustivamente que las conductas suicidas deben ser tratadas de una forma

adecuada y oportuna, para evitar que se conviertan en conductas crónicas y repetitivas.

Los factores de riesgo mencionados por Chanto Alpizar son los pensamientos y sentimientos depresivos, la falta de razones fuertes para vivir y las conductas suicidas repetitivas, consideradas como caldo de cultivo para los pensamientos distorsionados con relación a la vida y la muerte.

Por otra parte en la investigación realizada por Villardón en la universidad de Deusto, en Bilbao, a más de 1000 jóvenes escolarizados y recopilada en el libro "El pensamiento de suicidio en adolescencia" se expone que partiendo de los datos sobre el aumento de suicidio en la población joven se considera que la conducta suicida es un continuo que va desde la ocurrencia hasta la consecución del acto, pasando por ideación, planificación, la amenaza y el intento. En el estudio se trató de conocer las variables personales, psicológicas y sociales que podían determinar, influir o favorecer a los pensamientos suicidas en los adolescentes a través de un estudio predictivo con el objetivo primordial de la prevención. El estudio tenía en cuenta, a nivel teórico, que los individuos con grado mayor ideación suicida tienen más probabilidades de intentar o cometer suicidio en sujetos con menor grado de pensamiento de suicidio, por lo que el conocimiento de la presencia ideas suicidas y de estos factores asociados permiten la actuación pronta sobre los mismos pueda prevenir el suicidio.

Se expone en el estudio la existencia de un "estado mental suicida", compuesto por una serie de variables psicológicas que acompañará la conducta suicida y que se caracteriza por un nivel alto depresión y desesperanza, bajo autoconcepto a y pocas razones para vivir, que junto con el estrés y el afrontamiento maladaptativo (consumo de alcohol y drogas) explicaría en buena medida el pensamiento suicida, siendo la depresión el aspecto que mejor predice el proceso de ideación suicida y la visión optimista de la vida o de la propia capacidad afrontamiento, seguida de las razones morales y el miedo suicidio las que influyen en disminuir el pensamiento de autoeliminación. El afrontamiento general es valorado como un

factor protector fundamental que se basa en un menor nivel de soledad, más razones para vivir, mejor autoconcepto. (Villardón, L.1993)

2.6 Factores y Conductas Protectoras asociados a la disminución del riesgo Suicida

Cuando se habla de los factores y conductas de riesgo se analizan también los conceptos relacionados con los factores y conductas de protección. Se entiende a estos factores como la existencia de aspectos internos y externos en las personas que las protegen y las hace menos vulnerables a daños que afecten su bienestar y su desarrollo integral.

Se entiende por factores protectores a todos aquellos elementos, circunstanciales o personales, que posibilitan la salud integral, la calidad de vida y el desarrollo de una persona. Algunos de los elementos se denominan factores internos y radican en la persona misma (estima, seguridad y confianza de sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía) y otros conocidos como factores externos, ubicados en distintos escenarios como la familia y la comunidad y a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños como los son la familia extendida, apoyo de un adulto significativo, o adecuada integración social y laboral. Los factores de protección pueden convertirse en conductas de protección que se definen como aquellos comportamientos que, a diferencia de los factores de protección, dependen de los individuos y que los aleja de riesgos o daños.

Citando al Dr. Pérez Barrero (1996) se pueden enumerar entre los factores protectores del suicidio los siguientes:

- Presencia de habilidades sociales que permitan la integración a los grupos propios de la adolescencia en la escuela y la comunidad de forma positiva

- Presencia de confianza en sí mismo, aprendiendo a sacar experiencias positivas de los fracasos, fomentando la resiliencia.
- 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 y de los niveles de actividad.
- Presencia de buena autoestima, autoimagen y suficiencia.
- Desarrollo de inteligencia y habilidades para resolver problemas.
- Capacidad de buscar ayuda en momentos de dificultades sabiendo elegir la persona más adecuada para brindarlos.
- Capacidad para ser receptivo a las experiencias ajenas, soluciones y conocimientos para incorporarlos a su repertorio.
- 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.
- Lograr una auténtica identidad cultural.
- Empleo adecuado y sano del tiempo libre.
- Evitar el consumo de sustancias adictivas (alcohol, drogas, tabaco, fármacos)
- Capacidad para posponer las gratificaciones inmediatas por aquellas a largo plazo con resultados duraderos.
- Desarrollo de una variedad de actividades e intereses extrahogareños para equilibrar dificultades en el hogar.
- Capacidad para expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos o ideas suicidas.

- Capacidad para hacer uso racional de las fuentes que brindan salud mental, como las consultas de consejería, de psicología o psiquiatría, las unidades de intervención en crisis, los servicios médicos de urgencia, los médicos de la familia, agencias de voluntarios en la prevención del suicidio

Entre otros Factores protectores se mencionan:

- Red social o de apoyo funcional.
- Matrimonio y presencia de hijos dependientes.
- Tener creencias y actividades religiosas.
- Ausencia de depresión y consumo de sustancias.
- Tener habilidad para resolver problemas.
- La ausencia de enfermedades físicas graves o enfermedad mental.
- Las leyes severas que restringen el porte de armas.
- Presencia de un núcleo familiar íntegro y funcional en el cual se enseñan buenos valores morales y afectivos. (Téllez, J. 2006)

Se ha notado que cuando hay factores protectores suficientemente fuertes, aun la presencia de varios factores de riesgo, como la depresión grave, la esquizofrenia, el abuso del alcohol o la pérdida de un ser querido pueden no crearse las condiciones idóneas para la ideación o el comportamiento suicidas.

Se ha tratado de estudiar la concurrencia a la iglesia y la extensión de las redes religiosas como una medida de la fe religiosa y con una vinculación con las tasas de suicidio. Se menciona que la concurrencia a la iglesia tiene fuerte influencia preventiva y el grado de compromiso con una religión como la católica es un inhibidor del suicidio. A este respecto la religión parecería jugar un papel protector de la conducta suicida, en orden de menor a mayor probabilidad de intento se suicidio se tendría que primero están los musulmanes, luego los católicos romanos, después los protestantes, el resto de las religiones y por último los que no se les inculca mucho la práctica religiosa (Téllez, J. 2006)

Sin embargo Shaffer y Pfeffer (2001) revelan que parece más factible que sean los niveles de creencia y fundamentalismo más que la religión particular lo que se ha asociado con una reducción en la aceptación al suicidio y con la presencia el optimismo incrementado. Por ejemplo se cita que los altos niveles de creencia espiritual en la comunidad afro-americana han sido correlacionados con la particularmente baja tasa de suicidio en comunidades afro-americanas particulares.

El equilibrio entre los factores de riesgo y los factores protectores debe tomarse en cuenta al tratar de predecir el comportamiento suicida y se recomienda que concentrarse en factores protectores como el bienestar emocional y la integración con la familia y los amigos es tanto o más útil que tratar de reducir los factores de riesgo en la prevención del suicidio. El estudio de los factores protectores parecería ser un campo prometedor para la investigación futura.

CAPITULO III. Estudio del suicidio

3.1 Estudio interdisciplinar de la conducta suicida

Al ser el suicidio un concepto multidimensional, que implica diversos factores de índole biopsicosocial, se han diseñado modelos explicativos que tratan de incluir diversas perspectivas, entre ellas, la perspectiva social y la individual de la conducta suicida.

En el trabajo investigativo realizado por Lourdes Villardón, de la universidad de Deusto, en Bilbao con respecto a los factores que influyen en el pensamiento de suicidio en adolescentes se expone que la orientación interdisciplinar en el estudio de la conducta suicida combina factores tanto ambientales como aspectos del individuo que le hacen vulnerables al desarrollo de conductas autodestructivas. Se menciona que a lo largo del tiempo se ha realizado una clasificación de los modelos de vulnerabilidad con respecto al suicidio que incluyen:

- Vulnerabilidad biológica
- Vulnerabilidad psicológica
- Vulnerabilidad psicosocial

Sin embargo, tras una larga experiencia sobre la investigación de factores de riesgo suicidio, se propone un modelo dinámico explicativo de la conducta suicida dentro de un paradigma biopsicosocial cuyos puntos principales se presentan a continuación:

- El suicidio es un proceso dinámico y no un suceso estático. El individuo puede salir o entrar en el proceso suicida en determinados momentos.
- La conducta suicida es multi-determinada
- La conducta suicida como un camino final común que ocurre través de la influencia transaccional de un número variables biopsicosociales

- La conducta suicida implica un “estado de la mente” que varía en intensidad, frecuencia y letalidad dependiendo de las influencias biopsicosociales.

En el contexto socio individual se incluyen aspectos que caracterizan el ámbito social, tanto general como inmediato, el aspecto psicológico y biológico individual del sujeto, como aspectos que interactúan desarrollando un estado mental suicida, lo que provoca una ideación suicida y posteriormente el paso al acto suicida.

El contexto social general incluye las características de la sociedad que inciden en el número de suicidios, como la falta de normas integración social, los medios de comunicación que influyen a la imitación, las actitudes y valores acerca del suicidio a nivel social. Una sociedad que impulsa el pensamiento de morir como solución racional a los problemas podría influir grandemente en el riesgo adolescente, estos, a su vez, han demostrado ser muy sensibles a los medios de comunicación presentando una mayor tendencia de imitación de actos suicidas en relación con los adultos.

La adolescencia también se caracteriza por una búsqueda constante de aceptación, falta de grupos de pertenencia y sentimientos de aislamiento social. El contexto social inmediato implica al individuo inmerso en una sociedad y una cultura determinada, en un entorno específico, con eventos estresantes, problemas, conflictos familiares, fracasos, enfermedades, conducta suicida en el entorno, falta de apoyo social y los factores sociodemográficos individuales. La adolescencia es un período de grandes cambios que implica experiencias a menudo desagradables, estresantes, que pueden verse complicadas por ciertos aspectos sociodemográficos (ser varón, pobreza, discriminación social, etc) o por no contar con apoyo familiar o social.

El ámbito individual se relacionan el ámbito biológico (neurotransmisores, enfermedades psiquiátricas) y el ámbito psicológico que incluye las características del individuo, personalidad, etapa del desarrollo, características cognitivas, distorsiones, modo de afrontamiento estrés, baja tolerancia a la frustración, utilización estrategias de evitación para afrontamiento de problemas, conducta

antisocial, etc. A este respecto el abuso de alcohol y drogas se ve interrelacionado con el suicidio adolescente común medios inadecuados de afrontamiento en medio de una época difícil con características peculiares, en las cuales aún no hay una total madurez y se tiende con facilidad a la frustración.

El estado mental suicida incluye una serie de características psicológicas que acompañan la conducta suicida, como depresión, la desesperanza, bajo autoconcepto, la soledad, la falta de razones para vivir y las expectativas positivas con respecto a la eficacia de la conducta suicida como medio para la resolución de los problemas.

El siguiente esquema ejemplifica los conceptos antes mencionados sobre el modelo socio individual de la conducta suicida:



Se señala que los diversos factores de riesgo parecen ser insuficientes en sí mismos para que aparezca un intento suicida, por lo que más bien se considera que una combinación de factores interactúe en función del sexo, raza, personalidad, factores culturales y otros factores sociodemográficos. Esta forma de entender el suicidio concede una esperanza para predicción y prevención del mismo, pero incluye al mismo tiempo una dificultad por la evidente complejidad del proceso basada en la interrelación y la influencia recíproca de las múltiples variables mencionadas en la conducta suicida.

Así, la investigación del riesgo adolescente con respecto al suicidio se ve grandemente beneficiada al utilizar el enfoque socio individual, buscando precisamente a través de la entrevista clínica y de instrumentos (construidos y validados para tal fin) los diferentes factores generales, inmediatos, biológicos y psicológicos que puedan producir un estado mental suicida y desembocar en una conducta suicida.

3.2 Dificultades en torno al estudio del suicidio

El abordaje de suicidio ofrece una serie de dificultades metodológicas en investigación por las peculiaridades con respecto al tema. Primeramente la variabilidad de la definición y clasificación de las conductas suicidas ofrece uno de los principales problemas con los que se encuentran los investigadores. Otra limitación se refiere a la escogencia de la muestra, ya que la decisión de clasificar a un individuo como suicida se realiza a través de una serie de inferencias, ya que la única forma de asegurarlo sería luego precisamente de la muerte del sujeto por autoeliminación, por lo que la población afectada no puede ser investigada de forma directa. En las inferencias utilizadas para el abordaje de los potenciales suicidas se utilizan estadísticas oficiales y factores sociodemográficos acerca de suicidio que no siempre cumplen con una fiabilidad absoluta debido a la dificultad para la obtención de los datos y la necesidad de manejar los mismos con cautela. Debido a los diferentes condicionantes sociales los registros de suicidio e intentos de autoeliminación son menores que el número real. Se menciona que en general

de suicidio es un fenómeno raro y poco común, que ofrece para su estudio pocos datos y poca densidad de población en relación a otros tipos de eventos, además es un fenómeno único en el sentido de que cada persona presenta indicadores de riesgo que pueden ser considerados propios y personales.

Por las razones antes mencionadas el estudio del suicidio debe realizarse través de métodos indirectos. Una de las formas es estudiar de forma retrospectiva los casos a través de autopsia psicológica, método que consiste en conocer las circunstancias sociales psicológicas asociadas a la muerte de la persona. El otro es utilizar individuos vivos como representantes de las personas muertas por suicidio, obteniendo datos sobre intento de autoeliminación o ideación suicida, sin embargo, aún este método no implica precisamente que se trata de personas que vayan a cometer suicidio.

Los estudios de suicidio tienen la finalidad última de la predicción, sin embargo la validez predictiva de un pronóstico de suicidio no se realiza por razones éticas y humanitarias.

Se señalan entre las recomendaciones para el estudio suicidio que se realicen investigaciones rigurosas, con muestras muy amplias, con diseños prospectivos, de grupos control comparativo y de largos períodos de seguimiento para explorar un rango amplio de variables potenciales y analizar número de conductas suicidas lo suficiente mente amplio como para analizar estadísticamente las diferencias.

(Villardón, L. 1993)

CAPITULO IV: Instrumentos de Detección de Riesgo Suicida

4.1 La Importancia de los Cuestionarios y Escalas

En el artículo *Validez en la evaluación de escalas*, presentado por el Dr. Julio Lamprea y el Dr. Carlos Gómez-Restrepo se exponen importantes aspectos sobre la metodología de la investigación enfocándose en la necesidad de una adecuada validación de los estudios instrumentos utilizados, ya que en el área de medicina y especialmente en psiquiatría es frecuente que no se cuente con una medida o un instrumento de medición único que brinde la certeza de que el atributo o la condición que se pretende medir corresponden a la realidad, como sí se tiene la seguridad por ejemplo que la presión arterial puede ser medida con el uso del esfigmomanómetro. Las variables en psiquiatría así como su medición dependen de su definición y varían de persona a persona.

Una escala puede definirse como una colección de ítems que pretenden revelar diferentes niveles de determinadas características (variables) no observables directamente. Estas escalas se desarrollan cuando se quiere medir fenómenos no directamente observables en contraste con otras variables que sí pueden ser medidas como la glicemia, talla, peso, etc.

Las escalas como instrumento de medición adquieren particular importancia cuando la variable o entidad que se pretende medir es subjetiva, es decir, que tanto su definición como sus componentes tienen un alto nivel de variabilidad.

Por lo tanto las escalas deben ser evaluadas para determinar si en realidad los ítems que en ellas se incluyen son predictores de la presencia de lo que requiere medir, como por ejemplo una serie de ítems para la detección de abuso o dependencia de alcohol debe ser evaluada para verificar su validez como instrumento que mida esa variable.

4.2 Validez de Escalas

Dentro de las características que deben estar presentes en cualquier instrumento de medición se incluyen su reproducibilidad, utilidad y validez.

La validez se ha convertido o en el concepto central de los criterios de calidad métrica y hace referencia a la comprobación empírica de que un instrumento mide lo que pretende medir. La validez o exactitud de una escala se refiere al grado de confianza que podemos tener de que la medición corresponde a la realidad del fenómeno que se está midiendo.

La validez permite hacer inferencias y evaluar hipótesis acerca de las personas sobre las cuales estamos empleando las escalas como instrumento de medición, por lo que la validez de una escala resulta ser un proceso de evaluación de hipótesis.

Se puede citar como ejemplo la realización de un instrumento para detectar depresión cuya validez estaría evaluando la hipótesis de que la escala permite concluir que alguien que obtiene un puntaje alto presenta depresión y que se diferencia a esta persona de otras con otras entidades patológicas y de personas que obtengan puntajes bajos en esta escala.

Existen tipos de evidencia de validez que se ha diferenciado como:

- validez de apariencia
- validez de contenido
- validez de criterio
- validez de constructo.

Estos componentes no deben ser entendidos como entidades totalmente diferentes e independientes, sino como criterios que intentan establecer el grado de confianza que se puede tener de las inferencias que se realicen acerca de las personas que obtengan determinados puntajes en la escala.

4.2.1. Validez de apariencia

La validez de apariencia tiene como objetivo determinar si el instrumento mide lo que debe medir, no supone un concepto estadístico, sino que depende de los juicios que los expertos hagan sobre la pertinencia de los ítems de la escala. Por lo general son expertos en el tema los que determinan si en su concepto el instrumento en apariencia mide las cualidades deseadas y de personas que van a ser evaluadas. La importancia de esta forma de validez radica en la aplicabilidad y en la aceptabilidad de los ítems como relevantes según la entidad que se pretende medir.

4.2.2 Validez de contenido

La validez de contenido hace referencia al grado en que los elementos constitutivos de un instrumento de medida se adecuan a lo que pretende medir dicho instrumento y hasta qué punto estos elementos constituyen una muestra representativa de lo que se desea evaluar. En el caso de los autoinformes la cuestión se centraría principalmente en la selección de los ítems y en la representatividad de éstos (Cruzado y Labrador, 2001).

Se pretende que al realizar los ítems de una escala estos cubran adecuadamente todos los dominios de la entidad que se quiere medir, entendiendo un dominio como un grupo de características que se encuentran comúnmente presentes en la entidad. Así, los ítems son herramientas de exploración que nos permiten evaluar la presencia de estos dominios como por ejemplo en la Escala de Glasgow se utilizan ítems para tres diferentes dominios (respuesta motora, respuesta verbal y

apertura ocular) como evaluación inicial para el pronóstico de pacientes con Trauma Craneoencefálico.

4.2.3 Validez de criterio

Un instrumento debe compararse con una forma de medición previamente existente y que haya demostrado ser adecuado para la medición de la entidad (patrón de oro) para establecer si los puntajes obtenidos a partir de una escala son válidos. Cuando se realiza la comparación entre ambos instrumentos y existe una adecuada correlación se asegura entonces que la escala tiene validez de criterio.

4.2.4 Validez de constructo

Se refiere al grado con el que una técnica o instrumento mide un determinado constructo, es una categoría creada con el fin de organizar la experiencia en proposiciones generales que tengan forma de leyes, se puede entender como la construcción teórica a partir de referentes empíricos. Así, cuando se clasifican situaciones, características personales y otros conceptos como depresión, ansiedad, fobia o inhabilidad social se están utilizando constructos. (Cruzado y Labrador, 2001).

Para validar un constructo hipotético se deben evaluar las predicciones realizadas a partir del constructo, que de ser ciertas dan mayor confianza en la teoría. Así, al validar un constructo no se valida un instrumento de medición, sino la teoría al mismo tiempo.

Actualmente la validez de constructo tiende a incluir la validez de contenido y la validez criterial, siendo este un concepto central y unificador.

4.3 Escalas de Evaluación de Riesgo Suicida

Se han realizado múltiples escalas que miden el riesgo suicida entendiendo por riesgo de suicidio una predicción de la probabilidad de suicidio o de un intento de autoeliminación. Las escalas tienden a ser una lista de variables que cubren variables sobre datos demográficos, historia previa, ajuste social, diagnóstico psiquiátrico o psicopatológico, entre otras. Las puntuaciones de riesgo individual tienen a obtenerse en base a totalidad de los ítems presentes, pudiendo tener las variables un peso diferente, las variables efectivas se basan en las comparaciones entre los grupos que se distinguen por ausencia o presencia del criterio de suicidio o intento de suicidio. (Villardón, L. 1993)

La valoración específica del riesgo de conducta suicida es difícil debido a las dificultades propias de anticipar una conducta cualquiera en una persona concreta, por la cantidad de variables que intervienen. Con respecto a las escalas se tiene gran dificultad por la cantidad de variables desconocidas, indefinidas e incontrolables que contribuyen a la aparición de la conducta suicida y la baja frecuencia del suicidio incluso en población considerada de alto riesgo. Además, el acto suicida tiende a ser la vía final común de distintos problemas psicopatológicos y psicosociales con múltiples causas ya mencionadas

Debido a lo anterior se ha llegado a considerar que la mayoría de las escalas de riesgo suicida consisten en listas de factores de riesgo que cumplen la función de recordar al profesional puntos fundamentales en la entrevista. A pesar esto las escalas de riesgo suicida elaboradas adecuadamente son una forma correcta para identificar personas con alta probabilidad suicidio, ya que aunque la exactitud de la predicción no es satisfactoria estadísticamente, las mismas pueden ser de mucha utilidad de la práctica clínica, siempre y cuando no se utilicen como única fuente decisión y se les de un valor práctico y útil.

Las escalas que se utilizan para la valoración del riesgo suicida se han clasificado en:

- Escalas no específicas: valoran síntomas o síndromes asociados al suicidio, como la depresión, ansiedad o desesperanza.

Se menciona por Bobes y Gonzales (1998) que las investigación clínicas sobre suicidio muestran que la depresión es el factor sindrómico presuicida más importante, por lo que la las escalas de Beck y la de Beck Pichot para la depresión se han aplicado con éxito al respecto, así como la escala de desesperanza (Hoplessness Scale) se ha aplicado para este propósito, sin embargo para este criterio se tienden a presentar muchos falsos positivos.

- Escalas específicas: valoran directamente ideas o conductas suicidas, escalas para valorar ideación suicida en sujetos con preocupaciones suicidad o escalas para valorar las conductas suicidas en las tentativas.

Se ha tratado de elaborar perfiles típicos de riesgo de suicidio y de utilizar diversas escalas a lo largo del tiempo en el estudio del riesgo suicida, entre las que se puede mencionar la escala de Poldinger de 1969, basada en pacientes ingresados con psicopatología importante que busca asignar valor numérico a la tendencia al suicidio de un paciente en consulta, la escala de potencialidad suicida de Zung(Index of Potencial Suicide, 1974) para clasificar la ideación suicida, la Escala de Ideación suicida (SSI) y la Escala de Intencionalidad Suicida, ambas de Beck de 1974, la escala de potencialidad Suicida del Centro de Prevención de Suicidio de los Ángeles (siglas en inglés LASPC, de 1969), entre otras.

El Test de Zung

En el estudio realizado por Buendía y Riquelme (2004) en Murcia sobre factores implicados en el Comportamiento Suicida se utilizó como parte de la metodología la medición de la Sintomatología Depresiva por medio de la Escala de Zung (Self-rating Depression Scale, ZSDS). Se describe este instrumento como una escala de veinte ítems que presenta una serie de síntomas respecto a los cuales el sujeto debe indicar la frecuencia con la que los padece puntando en una escala de uno a cuatro.

Se indica por parte del estudio antes mencionado que este instrumento tiene una fiabilidad que oscila entre 0.3 y 0.7, con una validez concurrente con otras escala que va de $r=0.56$ a 0.80 y una validez concurrente con valoraciones clínicas de $r=0.69$, por lo que se ha determinado como una escala que logra distinguir adecuadamente sujetos depresivos de los no depresivos y que es sensible a la mejora tras un período de tratamiento.

Por otra parte según el Journal of Psychiatry, la sensibilidad del instrumento ha demostrado ser adecuada y en estudios realizados una alta correlación con el Hamilton Rating Scale, por lo el instrumento es descrito como válido y sensible para detectar depresión clínica en pacientes y se recomienda su uso como herramienta de detección. (Biggs, J. 1978).

PARTE III: Aspectos Metodológicos de la Investigación

Objetivos de Investigación

Objetivo General

Construir y validar un instrumento que permita identificar y registrar factores de riesgo suicida en la población adolescente de Costa Rica.

Objetivos Específicos

- Identificar, por medio de revisión bibliográfica, los principales factores de riesgo, creencias, factores precipitantes y factores protectores que influyen en el riesgo suicida adolescente, con el fin de integrar los conocimientos teóricos que permitan definir los principales aspectos a buscar con el instrumento, según su relación con el riesgo suicida adolescente.
- Analizar instrumentos elaborados para la detección del riesgo suicida que hayan sido documentados y utilizados a nivel nacional e internacional, esto con la intención de integrar factores e ítems que hayan probado estar relacionados con el riesgo suicida e incluirlos como posibles preguntas del instrumento.
- Elaborar un cuestionario que sirva como instrumento para la medición y registro del riesgo suicida adolescente en la población costarricense
- Valorar la sintomatología depresiva a través de la aplicación de la escala de Depresión de Zung con fines comparativos.

- Validar el instrumento en población adolescente de Costa Rica y correlacionar los resultados con la con la escala de Depresión de Zung.

Objetivo Externo

Contribuir en el desarrollo y aplicación de medidas y programas preventivos del suicidio adolescente.

DISEÑO Y PROCEDIMIENTOS

- El diseño de la presente investigación corresponde a un estudio de tipo no experimental, descriptivo , en el que se utilizará la información recopilada mediante el aporte de especialistas en el tema, el análisis teórico y de investigaciones previas para crear un instrumento auto aplicable que incluya ítems sobre las diferentes áreas identificadas como relacionadas con el riesgo suicida y que logre detectar y registrar factores de riesgo suicida en población adolescente costarricense , para posteriormente ser validado a través de un estudio para valorar la discriminación estadística de los reactivos.

El instrumento se validó por 4 vías:

1. A través de la consulta a expertos en el tema, médicos psiquiatras especialistas en Niñez y Adolescencia (Validación de Apariencia)
2. La aplicación posterior a adolescentes costarricenses, con la ayuda de profesionales que trabajan con esta población y que fueron contactados a través del PAIA por medio de las Clínicas de Atención al Adolescente de las diferentes áreas de salud del país. Se llevó a cabo el análisis de la

consistencia interna de los dominios y validación factorial según el alfa de Chronbach. (Validación de Contenido).

3. Asimismo se buscó medir la sintomatología depresiva a través de la escala de Depresión de Zung para luego correlacionar los datos obtenidos y verificar si se pueden utilizar ambos (el cuestionario y el Test de Zung) para medir el riesgo suicida con la intención de comparar el nuevo instrumento con otro utilizado a nivel mundial, lo que a su vez implica una forma adicional de validación. (Validez de Criterio).
4. Por último se validaron los aspectos teóricos estudiados en relación con los factores que se encuentran evidenciados como riesgosos para conductas autodestructivas y suicidio. (Validación de Constructo).

Población y Muestra

Número total de participantes

Con respecto al cantidad de individuos que fueron recomendados para el estudio por el asesor en estadística y por los tutores de la tesis, se consideró adecuado para realizar la validación del instrumento un total de 150 personas adolescentes entre los 12 y 18 años, de ambos sexos y con una procedencia equitativa a las diferentes regiones de la población nacional. Estos fueron captados por medio de la consulta en las Clínicas del adolescente de la CCSS y a la Consulta Externa del HNP.

Criterios de inclusión de los participantes

- Saber leer.
- Firmar consentimiento informado.
- Adolescentes entre los 12 y 18 años de edad. Se escoge este rango de edad en relación a lo que se indica en la legislación costarricense, específicamente en el artículo 2 del código de la Niñez y la Adolescencia al

definir al adolescente como aquella persona mayor de doce años y menor de dieciocho años. (COSECODENI , 2004).

Criterios de exclusión

- Personas fuera del ámbito de estudio, con edades que no se encuentren entre los 12 y 17 años
- No saber leer.
- Jóvenes que no firmen el asentimiento informado o cuyos acompañantes mayores de edad no firmen el consentimiento informado.

Cronograma y Fases de la investigación

Fase 1.

A) Investigación e Identificación de los principales factores de riesgo, creencias, factores precipitantes y factores protectores que influyen en el riesgo suicida adolescente

Se realizó haciendo análisis bibliográfico (artículos, tesis, investigaciones) sobre los principales factores de riesgo, los factores precipitantes y las creencias que han sido relacionados con el suicidio, así como los factores considerados de protección. Lo anterior fue de provecho para señalar las principales áreas a analizar por medio del instrumento con la idea de caracterizar los elementos que fueron organizados en un sistema de categorías o bloques (factores de riesgo modificables, no modificables, creencias, factores precipitantes, factores protectores) con el fin de representar los constructos teóricos y como un orden preliminar para la formulación de ítems. Lo anterior se utilizó para facilitar tanto la recomendación que dieron los expertos como el registro de riesgo adolescente sobre suicidio

B) Análisis de instrumentos elaborados para la detección del riesgo suicida

Se examinaron diferentes instrumentos que se han sido utilizados y validados en investigaciones previas, tomando en cuenta los principales resultados y los ítems propuestos sobre características de riesgo o protección para suicidio.

Fase 2. Construcción del cuestionario a través de la consulta a expertos

A continuación y según la propuesta teórica de cada bloque (ámbitos) se solicitó a expertos en la materia (médicos especialistas en psiquiatría infanto –juvenil) que recomendaran preguntas que pudieran ser utilizadas como ítems de respuesta binaria (sí o no), por medio de los cuales fueran evaluados a su criterio de forma adecuada los factores de riesgo y protección. Se elaboró el instrumento con base a las recomendaciones de ítems, se agregaron modificaciones y nuevos ítems propuestos por el autor y por el Lic. Carlos Garita, quien cuenta con amplia experiencia en la elaboración de instrumentos de investigación en psicología.

La recomendación de ítems y fueron realizadas por los siguientes médicos especialistas en Psiquiatría y en Niñez y adolescencia:

- Dr. Vernor Barboza (Hospital México)
- Dr. Jorge Sáenz (Hospital Nacional Psiquiátrico)
- Dra. María Shapiro (Hospital Calderón Guardia)

Con la revisión de la propuesta inicial del instrumento por parte de:

- Dr. Marco Díaz Alvarado (Centro de Atención Integral a las Personas)
- Dr. José Acuña Sanabria (Clínica del Este)

El cuestionario de 107 preguntas de respuesta binaria y el ordenamiento según ámbito, número de pregunta y la señalización de las respuestas que implicarían menor riesgo, así como el documento de consentimiento y asentimiento informado utilizado para participar de la investigación se adjuntan en los anexos.

Fase 3: Entrega de protocolo al Comité de Bioética del Hospital Nacional Psiquiátrico

Se entregó el protocolo de investigación con la propuesta preliminar del instrumento al Comité de Bioética del Hospital Nacional Psiquiátrico y este fue aprobado el 14 de Octubre del 2008.

Fase 4: Aplicación del instrumento y el Test de Zung a los participantes

Una vez creado el instrumento al escrutinio de expertos y sus recomendaciones se procedió a su aplicación en adolescentes de diversas áreas del país previo llenado del consentimiento informado de padres de familia y asentimiento informado del adolescente, esto se realizó con la ayuda del personal de las clínicas del adolescente que fueron contactados por medio del Programa de Atención Integral al Adolescente (P. A. I. A.).

Fase 5: Procesamiento de datos y elaboración de resultados.

En esta fase se procesaron los resultados en base a los objetivos que fueron planteados con ayuda de programas de computación especializados, como el paquete estadístico S. P. S. S. (Statistical Program for Social Sciences).

Fase 6 : Comparación del Instrumento con el Test de Zung.

Se realizó además la correlación de resultados obtenidos por el cuestionario y el test de Zung.

Fase 7: Análisis de Resultados y Conclusiones

Se realizó un análisis estadístico con respecto a la correlación y consistencia de los ítems del instrumento y con relación al Test de Zung, valorando la validez del instrumento. Se propusieron recomendaciones y conclusiones según estos resultados, buscando facilitar, posteriormente la posibilidad de realizar otras etapas de investigación en la validación del instrumento.

Resumen del Procedimiento

Etapas 1: Análisis teórico y de investigaciones con respecto al riesgo suicida. Ordenamiento de factores en ámbitos según temática.

Etapas 2: Construcción del cuestionario.

Etapas 3: Realización, entrega y aprobación de protocolo al Comité de Bioética del HNP.

Etapas 4: Aplicación del instrumento y Test de Zung a los participantes previo llenado de Consentimiento Informado.

Etapas 5: Procesamiento de datos y elaboración de resultados.

Etapas 6: Comparación y correlación del Instrumento con el Test de Zung.

Etapas 7: Análisis de Resultados y Conclusiones.

Descripción de los procedimientos aplicados a seres humanos

Instrumentos

Se aplicó el instrumento construido, denominado Test IRSA y el Test de Zung, posterior a la lectura y firma del consentimiento informado del representante legal y el asentimiento informado del adolescente. Las aclaraciones adicionales sobre el procedimiento y el estudio fueron facilitadas por parte de los profesionales de la Clínica del Adolescente o de Consulta Externa de Adolescentes del HNP, quienes a su vez fueron informados de la forma de aplicación con anterioridad.

El instrumento creado y el test de Zung fueron completados por cada uno de los participantes de la investigación en el momento en que asistieron a su cita control en su Centro de Atención correspondiente, se calculó que el tiempo requerido para llenar ambos cuestionarios en la mayoría de los casos no excedería los 20 minutos.

El anonimato del paciente fue respetado en todo momento al no solicitar el nombre de la persona en el test. El profesional que aplicó el instrumento si pudo observar el test y verificar si algunas de las preguntas contestadas ameritarían que se ahondara más en el caso, por lo que la aplicación del mismo podía también contribuir a que el profesional detectara factores de riesgo durante la cita, pudiendo ampliar la información si fuera necesario o requerido por el paciente. Lo anterior fue especificado en las indicaciones que se le facilitaron a quienes contribuyeron con la aplicación del instrumento.

Los test fueron recolectados por los profesionales de salud e hicieron llegar los Test al investigador principal. Los Test fueron procesados por el investigador principal y por el Licenciado Alfonso Villalobos, quién fue contratado para el análisis estadístico.

Identificación de Participantes, Reclutamiento Y Consentimiento

Método de identificación y reclutamiento

Los participantes fueron contactados cuando asistieron a la consulta control en las Clínicas del adolescente de la CCSS de diferentes áreas del país por parte de

profesionales en salud de la institución y a la Consulta Externa de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico por parte del médico psiquiatra que atiende a esta población.

Proceso para obtener el consentimiento informado

Previo a la aplicación de los instrumentos se entregó al adolescente la hoja con el asentimiento informado y a su representante legal el consentimiento informado, el profesional de salud encargado se encargó de dar la información requerida.

Responsables de explicar y obtener el consentimiento informado

Con el apoyo del Programa de Atención Integral al Adolescente se facilitó la información a los diferentes profesionales que participaron en a investigación administrando los instrumentos. Se les facilitó una hoja informativa sobre su función y el procedimiento de aplicación y se realizó una reunión de información por parte del personal del PAIA para aclarar dudas. Los funcionarios que cooperaron asisten regularmente a las capacitaciones impartidas por el PAIA y manifestaron previamente su acuerdo en cooperar con el estudio.

Formularios de consentimiento informado y asentimiento

Se aplicó al adolescente la hoja con el Asentimiento Informado y a su representante legal el consentimiento informado. Se tuvo la intención de que tanto el instrumento como el Asentimiento fueran escritos con palabras inteligibles para el joven y en términos de fácil comprensión. El formato utilizado fue basado en el propuesto por el comité ético científico de la Universidad de Costa Rica. Se consideró apropiado por motivos de la investigación y por recomendación del tutor que el Test construido sea fuera nombrado solo con las siglas IRSA (Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente) con el fin de no fluir en las respuestas de los participantes. (Ver Anexo 5 y 6)

PARTE IV: Resultados y Análisis

Formulación del cuestionario para detección de riesgo suicida

El cuestionario realizado consiste en un conjunto de ítems de auto aplicación que podrán ser respondidos de forma afirmativa o negativa (Sí o No) agrupados en 7 ámbitos que a continuación se enumeran y que han sido enunciados en las diferentes fuentes de información citadas en la bibliografía.

1. Factores de Riesgo no modificables (antecedentes)
2. Factores modificables
3. Depresión /ansiedad
4. Ideación suicida
5. Factores precipitantes
6. Creencias
7. Factores protectores

1. Factores de Riesgo no modificables (antecedentes)

- Intentos anteriores (motivación, severidad, letalidad)
- diagnóstico psiquiátrico (depresión, esquizofrenia)
- intentos de autoeliminación en la familia
- muerte por suicidio en familiares o amigos
- muerte reciente de un familiar o amigo
- ruptura / divorcio de padres
- antecedente de violencia intrafamiliar
- antecedente de abuso sexual

2. 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

3. Depresión /ansiedad

- Desprecio propio
- impulsividad, disregulación emocional
- baja autoestima, desprecio propio
- soledad, inadaptación social
- baja tolerancia frustración
- Dificultad para concentrarse
- Impaciencia/Inquietud constantes
- Enojo/tristeza constantes

4. Ideación suicida

- Intención suicida/ plan suicida
- conductas autodestructivas (actos peligrosos)
- deseos de muerte
- deseos de autoagresión

5. 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

6. Creencias

- Desesperanza (nada cambiará, nada saldrá bien)
- visión negativa de asimismo (ser malo)
- vivir es insoportable
- tremendismo
- insatisfacción en la vida
- visualizar la muerte como solución aceptable
- rigidez / perfeccionismo
- creencias religiosas

7. Factores protectores

- Apoyo familiar / grupal
- planes futuros
- familia adecuada
- recreación
- relación de pareja estable
- buena autoestima / auto eficacia
- uso de servicios de salud
- control psicológico

- satisfacción vital
- relaciones satisfactorias
- actitud positiva ante la vida

En el Anexo # 3 se muestran la totalidad de los ítems y su ordenamiento teórico según el ámbito correspondiente luego del proceso de análisis de los ítems recomendados por los especialistas y por el autor (Anexos 1 y 2), posteriormente se presenta la propuesta del Test IRSA en el anexo 4 en la forma en que fue aplicado a los adolescentes del estudio.

Análisis Estadístico

Aspectos Sociodemográficos

El total de la muestra que se pudo obtener fue de 110 jóvenes, de los cuales 51 eran hombres y 59 mujeres, todos con edades entre los 12 y 18 años, con una media con respecto a edad de 14.6. Se aclara que no se logró acceder a los 150 individuos que se recomendaron como muestra total, ya que entre las características principales de la población se buscó que estuvieran siendo atendidos a nivel de la CCSS, lo cual limitó en cierta forma, la posibilidad de que se pudiera obtener una mayor muestra, sin embargo, el instrumento pudo ser validado con la muestra obtenida de forma satisfactoria.

Cuadro 1.

Distribución de frecuencias de acuerdo al sexo por lugar de recolección de los datos del Test IRSA.

Centro de Atención	Sexo		Total
	masculino	femenino	
Área de salud San Sebastián- Paso Ancho	1	4	5
Área de salud Desamparados	7	6	13
Área de salud Aserrí	4	3	7
Área de salud Goicoechea	3	3	6
Hospital Nacional Psiquiátrico	17	17	34
La Carpio	6	6	12
Liberia	8	6	14
Hospital Nacional de Niños	5	14	19
Total	51	59	110

Consistencia Interna. Confiabilidad del Instrumento.

Confiabilidad total	
Cronbach's Alpha	Number of Items
.964	107

El Alpha Cronbach tuvo un valor de .964 con un total de 107 ítems. Esto integra la confiabilidad y correlación de cada ítem con respecto a los otros ítems de la escala total diseñada.

En el cuadro presentado a continuación se marcan en azul los ítems que tienen correlaciones bajas (la cuarta columna de izquierda a derecha), y que si son retiradas del cuestionario pueden incrementar la confiabilidad total (quinta columna de izquierda a derecha), sin embargo, el incremento en la confiabilidad es mínimo o nulo por lo que mantener o retirar el reactivo no implicaría gran diferencia.

El Alpha Cronbach es significativo cuando se presenta mayor a .7 y se considera extremadamente bueno en lo que corresponde a la correlación de los activos cuando es mayor de .95, en algunos casos se puede pensar en que varios de los ítems pueden ser muy similares y estar preguntando lo mismo, por lo que es necesario valorar esta posibilidad y tratar de eliminar elementos que impliquen mucha similitud en las repuestas.

Cuadro 2**Análisis de Consistencia Interna Alpha Cronbach del Test IRSA.**

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
En el último año mis padres se separaron o divorciaron	27.6909	416.289	.098	.964
En los últimos seis meses he consumido drogas prohibidas por la ley (marihuana, cocaína, crack u otras)	27.9182	413.709	.457	.964
La mayoría de la gente me aprecia	27.8818	412.325	.483	.964
Considero que las cosas estarían mejor si yo no estuviera	27.7818	408.631	.587	.963
Tiendo a ser muy impulsivo la mayor parte del tiempo	27.4455	413.937	.203	.964
Casi siempre me siento enojado	27.5727	410.155	.396	.964
Soy una persona valiosa	27.8909	412.465	.493	.964
He pensado en un plan o método para matarme	27.7545	408.352	.576	.963

A menudo me siento muy presionado y con demasiadas responsabilidades	27.4091	409.693	.417	.964
Algún amigo o familiar cercano murió recientemente	27.6545	416.650	.076	.964
Siento que la vida vale la pena	27.8364	411.367	.476	.964
Pienso en el suicidio como una posible solución a los problemas	27.7909	408.277	.620	.963
El algún momento de mi vida, he intentado hacerme daño	27.6455	407.460	.556	.963
En los últimos seis meses he consumido bebidas alcohólicas en exceso	27.8273	413.208	.338	.964
Hay gente que se interesa por mí y por lo que me pasa	27.8727	414.571	.287	.964
A menudo me siento sólo y aislado de los demás	27.5545	407.515	.527	.963
Me siento incapaz de hacer bien las cosas y salir adelante	27.6000	409.288	.446	.964

Tengo amigos con quienes contar	27.7909	411.580	.412	.964
Me siento mal por no poder llenar las expectativas de los demás	27.6091	407.231	.554	.963
He pensado en el modo de hacerme daño	27.7364	408.269	.565	.963
Siento que puedo confiar en las personas de mi familia	27.7273	407.870	.581	.963
Recientemente perdí a alguien que quería mucho	27.6091	416.589	.076	.964
A veces pienso que yo merecería morir	27.7545	408.022	.596	.963
He sufrido abuso sexual	27.8636	414.724	.265	.964
En mi familia con frecuencia hay conflictos y peleas	27.5636	408.175	.495	.963
Tiendo a reaccionar violentamente cuando algo no sale como quiero	27.6091	408.149	.507	.963
A menudo siento que no podré ser feliz	27.6364	404.582	.704	.963
Tengo planes para el futuro	27.8364	414.707	.242	.964

Me siento culpable la mayor parte del tiempo	27.7273	406.530	.658	.963
Pienso que soy un perdedor	27.8091	407.936	.668	.963
Me extrañarían si yo falto	27.8182	412.939	.348	.964
He buscado métodos para matarme en revistas, Internet u otros medios	27.9364	415.785	.293	.964
Con frecuencia me siento muy confundido	27.4182	404.594	.673	.963
Estoy muy dolido porque mi relación de pareja terminó en fracaso	27.8091	414.303	.251	.964
La mayor parte del tiempo me siento bien	27.6636	406.427	.619	.963
Pienso a menudo que las cosas están mal y seguirán siempre así	27.7091	406.979	.618	.963
En mi familia hemos sufrido violencia doméstica	27.7000	412.267	.319	.964
En mi casa a menudo me castigan golpeándome	27.8636	412.981	.398	.964

Pienso que soy capaz de hacer casi todo lo que proponga	27.8000	410.473	.491	.964
La mayoría del tiempo siento que soy una persona valiosa	27.7909	408.791	.588	.963
Me es difícil concentrarme por mis preocupaciones	27.4364	408.927	.452	.964
Me he expuesto a situaciones que me ponen al borde de la muerte	27.7909	409.818	.523	.963
Me agreden verbal o físicamente en el lugar donde estudio o trabajo	27.8273	412.401	.393	.964
Pienso que he hecho algo que no tiene perdón	27.7182	411.617	.363	.964
Algún miembro de mi familia ha intentado matarse o se ha suicidado	27.7273	413.815	.243	.964
Yo cuento con el apoyo de mi familia	27.8273	410.841	.500	.964
Últimamente he pensado en hacerme daño	27.8364	409.734	.591	.963
Tengo problemas para dormir	27.5636	407.936	.507	.963

La mayor parte del tiempo me siento triste	27.6182	404.954	.676	.963
La mayoría de las personas están mejor que yo	27.6364	406.289	.613	.963
Tengo acceso a armas de fuego	27.9273	415.903	.255	.964
Cuando me enojo, me corto o hago cosas que me dañan	27.8091	408.982	.599	.963
He pensado alguna vez que lo mejor sería estar muerto	27.7273	406.145	.680	.963
Mis compañeros de estudio o trabajo me hacen la vida imposible	27.8000	413.152	.319	.964
Últimamente he tenido muchos problemas en mi familia	27.6545	405.201	.680	.963
He pensado que la vida no merece la pena ser vivida	27.7727	407.241	.662	.963
Tengo muchas razones para vivir	27.8455	411.068	.511	.964
Un amigo o amiga se ha suicidado	27.9182	414.590	.369	.964
Constantemente fracaso en mis estudios	27.6545	411.935	.323	.964

Si me siento mal busco a alguien que me escuche y me ayude	27.6636	409.381	.461	.964
Estoy más irritables que de costumbre	27.6000	410.609	.378	.964
Formo parte de algún grupo u organización de jóvenes	27.3455	414.320	.192	.964
A menudo no siento deseos de comer	27.5727	409.825	.413	.964
Siento que mi situación es desesperante	27.6364	405.720	.643	.963
Hablo frecuentemente de la muerte y/o de los deseos de estar muerto	27.8636	411.312	.526	.964
Me he sentido humillado y solo en lugar donde estudio o trabajo	27.7182	411.067	.394	.964
Aprendo mucho de mis propios problemas	27.7273	409.264	.501	.963
Los demás descansarían con mi muerte	27.7909	408.314	.618	.963
He pensado en matarme	27.7455	406.980	.649	.963
Me han expulsado del colegio	27.7909	412.901	.329	.964

Soy vengativo y rencoroso	27.6818	411.063	.378	.964
Me preocupo demasiado por las cosas	27.3091	415.610	.130	.964
Hago amigo con facilidad	27.7000	414.983	.171	.964
He tenido problemas por mi preferencia u orientación sexual	27.9545	417.585	.107	.964
He escrito cartas de despedida por si decido acabar con mi vida	27.9000	414.439	.340	.964
Soy tan bueno en lo que hago como mis amigos y compañeros	27.7727	410.764	.447	.964
Recientemente terminó mi relación de pareja	27.8545	414.676	.260	.964
Soy capaz de encontrar una solución a mis problemas	27.7364	407.701	.598	.963
Se que puedo tener una vida feliz	27.8455	410.591	.545	.963
He intentado suicidarme	27.7818	408.704	.583	.963
A menudo participo de peleas y golpes	27.7727	411.590	.397	.964
Tiendo hacer cosas que me ponen en peligro	27.7545	409.747	.493	.964

Últimamente me siento cansado y sin energías	27.5182	409.133	.441	.964
Con frecuencia pienso antes de actuar	27.5273	411.811	.309	.964
Descanso poco cuando duermo	27.5273	408.692	.464	.964
A menudo disfruto con lo que hago	27.7636	409.925	.490	.964
A menudo tengo deseos de morirme	27.8182	410.627	.502	.964
Actualmente estoy muy molesto con alguien que especial para mí	27.5818	407.457	.535	.963
Me afecta mucho no ser como quisiera	27.5727	406.706	.571	.963
Me han tenido que atender u hospitalizar por problemas psicológicos	27.6727	409.800	.442	.964
Se quién puede ayudarme en momentos de crisis	27.8364	411.826	.444	.964
He tenido conflictos con la policía	27.8818	413.059	.423	.964
Tengo amigos con quien apoyarme	27.7727	410.232	.479	.964

Últimamente logro concentrarme en lo que hago	27.6000	408.040	.510	.963
Me siento inútil	27.7455	410.650	.433	.964
Tengo la confianza de contarles mis problema a mis familiares	27.5636	407.331	.538	.963
Siento que no le caigo bien a la gente	27.6273	412.474	.288	.964
Siento que pierdo el control cuando me enojo	27.4727	412.343	.281	.964
He sufrido una experiencia traumática recientemente	27.8000	411.996	.393	.964
Sufro de alguna enfermedad que me angustia o me desespera constantemente	27.8182	415.618	.170	.964
Cuento con un grupo de amigos para divertirme	27.8000	410.895	.464	.964
Alguna vez he pensado en hacerme daño, luego de terminar una relación de pareja	27.9182	414.957	.332	.964
Siento que vine al mundo a sufrir	27.7091	406.575	.640	.963

Me molesta que otros se interesen por mí	27.8273	415.759	.165	.964
Me gusta sentirme mal	27.9455	416.254	.266	.964
Siento que no soy bueno como otros	27.5909	409.859	.415	.964
Cuando estoy enojado o frustrado busco alguna actividad recreativa para desahogarme	27.6636	409.987	.429	.964

Estudio de Correlaciones

En el siguiente cuadro se presentan las correlaciones entre los diferentes ámbitos propuestos en instrumento IRSA, enfatizando la correlación con el índice EAD del Test de Zung.

Se señala en el cuadro con uno o dos asteriscos los datos que son estadísticamente significativos, los que no se presentan con esos símbolos no aportan al análisis.

Los datos que señalan con dos asteriscos (**), tienen aún más significancia que los que presentan sólo uno en lo que corresponde a la correlación. Estas correlaciones son las denominadas Producto Momento de Pearson.

Se puede mencionar que general el Índice EAD del Test de Zung tiene una alta correlación con todos los ámbitos propuestos en el instrumento. Se puede observar especialmente que la variable Depresión/Ansiedad posee una alta correlación con el EAD ($r = 0,780$, $p < 0,001$).

Cuadro 4.

Correlación entre los ámbitos del Test IRSA y el Índice EAD del Test de Zung.

		Correlaciones								
		Edad	Índice EAD	Factores de Riesgo no modificables (antecedentes)	Factores modificables	Depresión / ansiedad	Ideación suicida	Factores Precipitantes	Factores protectores	
Edad	Pearson	1	.252*	.342**	.200*	.260**	.388**	.156	.301**	.281**
	Correlación									
	Sig. (2-colas)		.014	.0001	.037	.006	0,001	.105	.001	.003
N		109	95	109	109	109	109	109	109	109
Índice EAD	Pearson		1	.565**	.445**	.780**	.635**	.524**	.689**	.662**
	Correlación									
	Sig. (2-colas)			.0001	.0001	.0001	.0001	.0001	.0001	.0001
N		96	96	96	96	96	96	96	96	96
Factores de Riesgo no modificables antecedentes	Pearson			1	.553**	.617**	.769**	.545**	.650**	.636**
	Correlación									
	Sig. (2-colas)				.0001	.0001	.0001	.0001	.0001	.0001
N				110	110	110	110	110	110	110

Factores modifi cables	Pearson						
	Correlatio n	1	.645**	.418**	.637**	.570**	.648**
	Sig. (2- colas)		.0,001	.0,001	.0,001	.0,001	.0,001
	N	110	110	110	110	110	110
Depresió n /ansieda d	Pearson						
	Correlatio n	1	.611**	.708**	.797**	.749**	
	Sig. (2- colas)		.0,001	.0,001	.0,001	.0,001	
	N	110	110	110	110	110	
Ideación suicida	Pearson						
	Correlatio n		1	.461**	.720**	.628**	
	Sig. (2- colas)			.0,001	.0,001	.0,001	
	N		110	110	110	110	
Factores Precipita ntes	Pearson						
	Correlatio n			1	.504**	.467**	
	Sig. (2- colas)				.0,001	.0,001	
	N			110	110	110	
Creencia s	Pearson						
	Correlatio n				1	.786**	
	Sig. (2- colas)					.0,001	
	N				110	110	

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-colas).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-colas).

Análisis factorial

Los datos del Análisis de Factores según la siguiente tabla (datos en azul) son bajos, por lo que no se recomendó la interpretación del Análisis Factorial por el asesor en estadística. Se indica que los datos (los ítems) no representan correlaciones factoriales fuertes, es decir las agrupaciones que aparecen en la tabla Matriz Rotada no son del todo válidas por lo que no se deberían interpretar para efectos de este momento de la investigación en base a la gran cantidad de ítems propuestos y a que no se contó con una muestra mayor que permitiera un mejor análisis.

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.123
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	12262.903
	df	5671
	Sig.	.000

Se muestra a continuación la tabla Rotated Component Matrix, en la que se agrupan los diversos ítems en tres factores como medida para simplificar el estudio.

Aunque el KMO sea bajo y no brinde la posibilidad de un análisis del todo válido puede servir como una guía para valorar la importancia de los ítems.

Algunos de los ítems (marcados en azul) no puntúan en ningún factor ya que son menores a 0,30, o aparecen repetidos en dos o los tres factores al mismo tiempo, o están negativos, por lo que se podría sugerir que el mismo se debe eliminar o debe ser modificado. Se recomienda por el asesor estudiar estos ítems en azul y revisar si pueden ser eliminados del instrumento o pasar a un banco de ítems, lo que contribuiría a reducir el tamaño de su cuestionario.

Los reactivos que solo aparecen con carga factorial en un factor son los más importantes dentro de este. Se recomienda por el estadístico que se debe estudiar la similitud teórica en los indicadores, es decir la razón para que los ítems se manifiesten en el factor 1,2 o 3, presentándose dentro de ese ámbito y no en otro. Se puede observar que esos ítems corresponden a diferentes variables pero

que tienen en común varios aspectos ya que se encontró similitudes matemáticas en las respuestas conductuales de los jóvenes de los ítems agrupados, como por ejemplo el factor uno parece relacionarse más con la acción suicida, el 2 con depresión y el tercero con diferentes factores productores de estrés. Es interesante que tenga cierta relación con los factores analizados en el estudio CASPI (Pfeffer, C. 2000), cuyos treinta ítems son agrupados en tres diferentes factores (ansiedad / depresión, acto/ ideación suicida, Distrés Familiar), por lo que sería interesante hacer futuras correlaciones con este instrumento.

Cuadro 5. Análisis Factorial del Test IRSA

Rotated Component Matrix^a			
	Component		
	1	2	3
En el último año mis padres se separaron o divorciaron			
En los últimos seis meses he consumido drogas prohibidas por la ley (marihuana, cocaína, crack u otras)			.653
La mayoría de la gente me aprecia	.307		.580
Considero que las cosas estarían mejor si yo no estuviera	.632		
Tiendo a ser muy impulsivo la mayor parte del tiempo			.386
Casi siempre me siento enojado		.392	.349
Soy una persona valiosa	.479		.415
He pensado en un plan o método para matarme	.787		
A menudo me siento muy presionado y con demasiadas responsabilidades		.522	
Algún amigo o familiar cercano murió recientemente			
Siento que la vida vale la pena	.528		

Pienso en el suicidio como una posible solución a los problemas	.776		
El algún momento de mi vida, he intentado hacerme daño	.633		
En los últimos seis meses he consumido bebidas alcohólicas en exceso			.469
Hay gente que se interesa por mí y por lo que me pasa	.347		
A menudo me siento sólo y aislado de los demás	.354	.517	
Me siento incapaz de hacer bien las cosas y salir adelante	.327	.418	
Tengo amigos con quienes contar			
Me siento mal por no poder llenar las expectativas de los demás	.356	.488	
He pensado en el modo de hacerme daño	.741		
Siento que puedo confiar en las personas de mi familia	.500		
Recientemente perdí a alguien que quería mucho			
A veces pienso que yo merecería morir	.692	.305	
He sufrido abuso sexual			
En mi familia con frecuencia hay conflictos y peleas		.442	.366
Tiendo a reaccionar violentamente cuando algo no sale como quiero		.384	.497
A menudo siento que no podré ser feliz	.516	.575	
Tengo planes para el futuro			
Me siento culpable la mayor parte del tiempo	.421	.441	
Pienso que soy un perdedor	.506	.457	
Me estrañarían si yo faltó			.306
He buscado métodos para matarme en revistas, internet u otros medios	.434		
Con frecuencia me siento muy confundido	.345	.619	
Estoy muy dolido porque mi relación de pareja terminó en fracaso			.377

La mayor parte del tiempo me siento bien	.503	.467	
Pienso a menudo que las cosas están mal y seguirán siempre así	.498		
En mi familia hemos sufrido violencia doméstica			.368
En mi casa a menudo me castigan golpeándome			.521
Pienso que soy capaz de hacer casi todo lo que proponga	.418		
La mayoría del tiempo siento que soy una persona valiosa	.576	.303	
Me es difícil concentrarme por mis preocupaciones		.682	
Me he expuesto a situaciones que me ponen al borde de la muerte	.378		
Me agreden verbal o físicamente en el lugar donde estudio o trabajo			.463
Pienso que he hecho algo que no tiene perdón		.305	.327
Algún miembro de mi familia ha intentado matarse o se ha suicidado			
Yo cuento con el apoyo de mi familia	.359		.503
Últimamente he pensado en hacerme daño	.730		
Tengo problemas para dormir		.648	
La mayor parte del tiempo me siento triste	.512	.543	
La mayoría de las personas están mejor que yo	.450	.465	
Tengo acceso a armas de fuego			.538
Cuando me enojo, me corto o hago cosas que me dañan	.830		
He pensado alguna vez que lo mejor sería estar muerto	.791		
Mis compañeros de estudio o trabajo me hacen la vida imposible			.497
Últimamente he tenido muchos problemas en mi familia	.323	.592	.318

He pensado que la vida no merece la pena ser vivida	.708		
Tengo muchas razones para vivir	.603		
Un amigo o amiga se ha suicidado	.455		
Constantemente fracaso en mis estudios			.479
Si me siento mal busco a alguien que me escuche y me ayude	.358		.339
Estoy más irritable que de costumbre		.416	
Formo parte de algún grupo u organización de jóvenes			
A menudo no siento deseos de comer		.515	
Siento que mi situación es desesperante	.333	.610	
Hablo frecuentemente de la muerte y/o de los deseos de estar muerto	.524		
Me he sentido humillado y solo en lugar donde estudio o trabajo			
Aprendo mucho de mis propios problemas	.373		.312
Los demás descansarían con mi muerte	.539		.449
He pensado en matarme	.848		
Me han expulsado del colegio			.588
Soy vengativo y rencoroso			.527
Me preocupo demasiado por las cosas		.444	
Hago amigo con facilidad			
He tenido problemas por mi preferencia u orientación sexual			
He escrito cartas de despedida por si decido acabar con mi vida	.506		
Soy tan bueno en lo que hago como mis amigos y compañeros	.464		
Recientemente terminó mi relación de pareja			.437
Soy capaz de encontrar una solución a mis problemas	.485	.410	
Se que puedo tener una vida feliz	.610		
He intentado suicidarme	.826		
A menudo participo de peleas y golpes			.699

Tiendo hacer cosas que me ponen en peligro		.614
Últimamente me siento cansado y sin energías	.478	
Con frecuencia pienso antes de actuar		.358
Descanso poco cuando duermo	.456	
A menudo disfruto con lo que hago	.393	
A menudo tengo deseos de morirme	.655	
Actualmente estoy muy molesto con alguien que especial para mí	.572	
Me afecta mucho no ser como quisiera	.630	
Me han tenido que atender u hospitalizar por problemas psicológicos	.388	.384
Se quién puede ayudarme en momentos de crisis	.459	
He tenido conflictos con la policía		.680
Tengo amigos con quien apoyarme	.360	.329
Últimamente logro concentrarme en lo que hago	.429	
Me siento inútil	.548	
Tengo la confianza de contarles mis problema a mis familiares	.432	
Siento que no le caigo bien a la gente		
Siento que pierdo el control cuando me enojo		.456
He sufrido una experiencia traumática recientemente		
Sufro de alguna enfermedad que me angustia o me desespera constantemente		
Cuento con un grupo de amigos para divertirme	.411	
Alguna vez he pensado en hacerme daño, luego de terminar una relación de pareja	.350	.405
Siento que vine al mundo a sufrir	.549	.442
Me molesta que otros se interesen por mí		
Me gusta sentirme mal		

Siento que no soy bueno como otros	.354
Cuando estoy enojado o frustrado busco alguna actividad recreativa para desahogarme	.445

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

PARTE V. Conclusiones Generales

1. Se realizó la construcción del Test IRSA para la detección de factores de riesgo suicida en adolescentes costarricenses como un instrumento autoaplicable, de respuesta binaria, con 107 ítems agrupados en 7 ámbitos identificados como relacionados con el riesgo suicida:
 - Factores de Riesgo no modificables (antecedentes)
 - Factores modificables
 - Depresión /ansiedad
 - Ideación suicida
 - Factores precipitantes
 - Creencias
 - Factores protectores
2. La propuesta de los ítems fue brindada por parte del autor en base a la bibliografía, instrumentos e investigaciones consultadas, además de la recomendación de ítems específicos por parte de especialistas en psiquiatría infantil y con la revisión por otros profesionales competentes.
3. La confiabilidad del instrumento, su consistencia interna o Alfa de Cronbach es de manera general muy alta (.964), lo cual indica que los ítems del instrumento que se diseñó tienden a presentar homogeneidad teórica. Por este medio se realiza la Validación de Contenido del Instrumento.
4. Las correlaciones de las variables del instrumento, en su mayoría son positivas y estadísticamente significativas, es decir, tienden a indicar que la forma en que responde una persona en una variable puede estar relacionada con la manera en que responde en otra variable del instrumento.

5. Según el análisis estadístico realizado se puede señalar que general la escala tiene una buena correlación entre los diversos ámbitos propuestos (marcados con doble asterisco en el cuadro 3), aportando de forma significativa a la escala total. En relación con el índice EAD del test de Zung se presenta una correlación positiva y significativa, sobre todo en la variable de depresión/ansiedad ($r = 0,780$, $p < 0,001$), lo cual evidencia un nivel de validez concurrente con otra escala ya conocida que es utilizada como patrón oro, validando el instrumento a nivel de Criterio.
6. El Análisis Factorial no es interpretable, pero puede brindar una idea o guía preliminar de cuáles ítems podrían ser modificados o eliminados del Test, para disminuir, si fuera necesario, la extensión del mismo.
7. Dentro de este Análisis Factorial se da una reagrupación de los ítems en 3 ámbitos principales, lo que marca una diferencia ente la escala teórica (con los ámbitos propuestos) y su agrupación estadística. Los ítems que tienen relación estadística se encuentran dentro de un mismo ámbito. Estos ámbitos parecerían referirse a tres temas o factores principales: actividad suicida, depresión y estrés vital.
8. El instrumento puede ser utilizado por profesionales como una herramienta que, asociada a una adecuada entrevista clínica, permita ampliar la información sin olvidar aspectos fundamentales relacionados con factores de riesgo suicida.
9. Para que el instrumento pueda ser utilizado con mayor seguridad a nivel de detección individual es importante realizar más estudios para verificar otras características como especificidad y sensibilidad del Instrumento, así como valorar si sus variables permiten clasificar a las personas por sexo, lugar de procedencia, tipo o magnitud de riesgo, etc. Esto también serviría para el análisis de poblaciones y valorar perfiles de adolescentes suicidas.

10. Por último, tomando en cuenta la validez comprobada del Test y que brinda una serie de ítems agrupados en factores, con una alta correlación entre la mayoría de ellos y entre los diferentes ámbitos propuestos, además de la alta consistencia interna de los reactivos, se señala que el instrumento podría ser de utilidad en estudios epidemiológicos y de investigación de riesgo suicida, pudiendo ser una herramienta ventajosa para profesionales en salud mental y de otras áreas médicas y sociales.

Fortalezas

- Uno de las principales características que pueden considerarse como una fortaleza es que el instrumento ha sido construido tomando en consideración el origen multi-causal del suicidio, abarcando diferentes aspectos relacionados con esta temática abordada en el marco teórico y en el análisis previo de investigaciones sobre factores de riesgo y escalas de medición, además de la cooperación de los especialistas tanto en la construcción como en la revisión del mismo.
- Este trabajo puede considerarse pionero en esta área, no sólo en la realización y validación de instrumentos, sino en la perspectiva temática que no tiene otro objetivo que el de convertir al instrumento en una herramienta útil para llevar a cabo tareas de prevención primaria y el mismo tiempo investigar sobre áreas asociadas con la problemática estudiada en nuestro medio.
- Se considera que el esfuerzo realizado al crear y validar este instrumento puede aportar importante información sobre poblaciones de riesgo y efectividad de abordajes terapéuticos, además de ser un impulso para

futuras investigaciones y la elaboración de un perfil del adolescente suicida que ayude a salvar vidas.

- Esta primera investigación brinda la posibilidad de continuar con el proceso de validación del instrumento, ya que se cuenta con lo más importante, que es el instrumento creado y con una base de datos correspondiente a una población que ya está siendo atendida. Restaría evaluar adolescentes con ya definido riesgo suicida (internados por esa razón) y obtener datos de un posible grupo externo que no esté siendo atendido y que pueda ser considerado parte de la población general.
- El instrumento, con su validación, podría ser utilizado en otros medios fuera de nuestro contexto siempre y cuando se adecúe a las características del entorno en que se aplique.

Limitaciones del estudio

Entre las principales limitantes del trabajo se pueden mencionar:

- Se presentaron problemas para lograr conseguir la muestra total recomendada de 150 individuos, esto en vista de la época en la cual se llevó a cabo el estudio y la dificultad de poder acceder a la cooperación de las Clínicas del Adolescente de regiones más alejadas del área central. Sin embargo, la totalidad de individuos captados (110 adolescentes) fue suficiente para dar a los datos requeridos especialmente con respecto a la consistencia interna del instrumento y la correlación con el Test de Zung.
- Se hubiera esperado que la muestra total pudiera corresponder a todas áreas de salud del país, sin embargo esto no fue posible. A pesar de esto, el objetivo principal de la investigación no era precisamente hacer diferencias estadísticas entre regiones, sino lograr tener una muestra hasta

cierto punto variada que incluyera el número mayor posible de adolescentes costarricenses de diferentes regiones del país

- Al realizarse la investigación con una población adolescente cautivos por parte de la CCSS y que están siendo atendidos por diversas razones, podría presentarse un sesgo con respecto a las respuestas brindadas, ya que habría que verificar con población “sana” y no captada por la Institución, si las respuestas a los ítems brindan o no información diferente, al suponer que no tienen la misma problemática por la que los jóvenes tomados como muestra están siendo atendidos.
- Por las limitaciones de tiempo y las dificultades para acceder a una mayor cantidad de adolescentes que pudieran estar siendo atendidos por institución no fue posible completar una población mayor y hacer otro tipo de análisis estadístico correspondiente a sensibilidad y especificidad de instrumentos, u otros que brinden información sobre personas por sexo o lugar de procedencia. Por lo cual se considera necesario continuar investigando la validez del instrumento al respecto.

Recomendaciones

En entre las principales recomendaciones nivel estadístico se encuentra el poder realizar una muestra con diferentes características a la utilizada, por ejemplo jóvenes de grupos comunitarios que no esté siendo atendidos a nivel salud mental, lo que aportaría datos muy interesantes sobre población no cautiva, además, para poder mejorar el análisis factorial y hacer que éste sea válido, se requeriría disminuir en casi la mitad la cantidad de ítems del instrumento o aumentar, al menos en unas 100 personas más, la muestra de aplicación. A este respecto, se considera apropiado poder continuar con investigación de la validación del Test IRSA, aplicándolo a una población heterogénea, con

diferentes tipos de comportamiento o diagnósticos, pudiendo así probar si efectivamente logra discriminar jóvenes en riesgo de otros que no lo están. Por ejemplo, siendo aplicado a un grupo de adolescentes con ya comprobado riesgo suicida, lo cual podría llevarse a cabo con adolescentes que hayan sido internados a nivel del Hospital Nacional Psiquiátrico con el diagnóstico de intento de autoeliminación.

Se considera que también podría realizarse otras relaciones con instrumentos de detección de riesgo suicida diferentes al Test de Zung, que en este caso mide depresión, y aún que este factor está íntimamente relacionado con riesgo suicida según lo analizado en el marco teórico, otros instrumentos ya validados podrían ser usados como patrón de oro.

En términos generales, aunque el instrumento propuesto mostró datos de validez adecuados, el hecho de que se traten instrumentos recientes hace necesario ampliar la investigación, obteniendo valores de sensibilidad y especificidad, además de analizar diferencias entre grupos diagnósticos en muestras clínicas que permitan confirmar su utilidad en la detección de conducta suicida, por lo que, aunque puede ser un instrumento que desde ya logre brindar cierto apoyo para la detección de factores de riesgo suicida no debe ser considerado como un instrumento predictor de la conducta suicida. Es importante esperar a que se realicen más investigaciones al respecto para poder utilizarlo y asociar su uso siempre a una entrevista clínica completa ya que no es recomendable basarse exclusivamente en el resultado del instrumento para la toma de decisiones en casos específicos.

BIBLIOGRAFÍA

Buendía J, Riquelme A. (2004) **El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida.** Murcia, España.

Bobes J. González J. (1998). **Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas.** Editorial Masson.SA. Barcelona, España.

Bobes J, Pilar A. (2004) **Comportamientos Suicidas. Prevención y Tratamiento.** Barcelona, España.

Biggs J , Wylie L (1978) **Validity of the Zung Self-rating Depression Scale.** Journal of Psychiatry. April ; 132:381-5.

Campos, M. (2001).**Prevención de Suicidio y Conductas Autodestructivas en Adolescentes.** Revista Adolescencia y Salud. Vol 3, Número 1-2. San José, Costa Rica. Pag 56.

Campos, M. (2005).**Juventud y Esperanza.Proyecto de Prevención de Riesgo Adolescente.** Revista Adolescencia y Salud. Vol 6, Número 1-2. San José, Costa Rica. Pag 33,37

COSECODENI (2004). **Informe Alternativo sobre el cumplimiento de los derechos de los niños,niñas y adolescentes, Costa Rica (1998-2003).** San José, Costa Rica. Pág 40-43.

Cruzado, J. Labrador. F. (2001) **Manual de técnicas de modificación y Terapia de Conducta.** Editorial Pirámide. Madrid, España

Chanto Alpízar (2004) **Creencias Racionales e Irracionales sobre la Vida y La Muerte y Conductas Suicidas: El caso de los Adolescentes Costarricenses.** Pag 42.

Décimo Informe sobre el Estado de la Nación en desarrollo humano sostenible. (2004). San José, Costa Rica. Pag 33, 37

Morales A, Chávez R.(1999) **Desesperanza en Adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio Juvenil.** Revista Adolescencia y Salud. Vol 1, Número 2. San José, Costa Rica. Pag.14.

Morales A, Chávez R (2005) **Informe sobre la Situación actual de la adolescencia en la educación secundaria: conocimientos, práctica y protección.** Costa Rica 2005, pag 9

Guevara Villalobos. (2004).**Dinámica Microsocial del suicidio en adolescentes :un estudio de redes sociales.** Pag 3, 12, 14.

Pérez Barrero, S (1996). **“Factores de riesgo suicida en la adolescencia.”** Rev. Psiquiátrica del Uruguay, Año LX. N0 11.

Pfeffer C, Jiang H. **Chile-Adolescent suicidal Potential Index (CASPI): A Screen for Risk for Early Onset Suicidal Behavior.** Psychological Assessment, 2000, Vol. 12, N 3, 304-318.

Shaffer. D, Pfeffer C. (2001). **Parámetros Prácticos para la Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con Comportamiento Suicida.** Revista de Psiquiatría del Uruguay. Octubre Volumen 65 N° 2

Tellez J, Forero J . (2006) **Suicidio. Neurobiología, Factores de Riesgo y Prevención.** Nuevo Milenio. Bogotá. Colombia.

Valverde, O. et al. (2002). **Toques para estar en todas: módulo socioeducativo para el fortalecimiento de conductas protectoras y la prevención de conductas de riesgo en los y las adolescentes.** PAIA, CCSS. Costa Rica.

Valverde et al. (2001). **Adolescencia: protección y riesgo en Costa Rica. Múltiples aristas, una tarea de todos y todas.** PAIA, CCSS. Costa Rica.

Villardón Gallego, L. (1993). **El pensamiento de suicidio en la adolescencia.** Universidad de Deusto. Bilbao.

World Psychiatry. Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) **.Forum. Prevención de suicidio en el Mundo.** Volumen 2, Diciembre 2004. Pag 149,150, 152-154, 155-157.

Programa de Atención Integral al Adolescente. **Manual de Atención Integral a la Depresión y el Suicidio en Adolescentes.** Caja Costarricense del Seguro Social. 2005. Pag 25-27.

Referencias tomadas de Internet.

Ruiz J, Riquelme A. **Construcción de un indicador del riesgo de tentativa de suicidio en Adolescentes con alta sintomatología depresiva.** Extraído el 20 de Octubre del 2007 de: http://www.psiquis.com/art/01_22_n03_A05.pdf

Vásquez E, Fonseca I. **Diagnóstico de la depresión con la escala de Birleson en adolescentes con intentos de suicidio y sanos.** Extraído el 20 de Octubre del 2007 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2005/bis052j.pdf>

Tuesca R, Navarro E. **Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio**. Extraído el 20 de Octubre del 2007 de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062004000500003&script=sci_artt_ext

Modai I, Ritner M. **Validación de la escala informatizada de riesgo de suicidio, un instrumento de red neural de retropropagación (CSRS-BP)** .Extraído el 20 de Octubre del 2007de:
<http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/europeanpsy2002/7/441-448.pdf>

Unikel C, Gómez G. **Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas**. Extraído el 20 de Octubre del 2007de:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58212705.pdf>

Leyton D, Hurtado M. **Actitudes frente a situaciones de violencia de pareja en jóvenes de colegio de la ciudad de El Alto**. Extraído el 20 de Octubre del 2007de:
<http://www.ucb.edu.bo/Publicaciones/Ajayu/volumen%203.2/atriculos/Articulo%20Leyton-Hurtado.pdf>

OMS. Prevención del Suicidio. Estudio de Intervención Multicentrico sobre comportamientos suicidas. SUPRE-MISS. Extraído el 1 de Mayo del 2007 de:
www.who.int/mental_health/PDFdocuments/SUPRE-MISS.pdf.

OPS. (2005) Washington, D.C Comunicado de Prensa.

Más personas mueren en el mundo por suicidio que por conflictos bélicos.10 de septiembre: Día Mundial para la Prevención del Suicidio. Extraído el 10 de Agosto del 2007 de <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps050909.htm>

OMS. (2004)El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Día Mundial para la Prevención del Suicidio - 10 de Agosto 2007 de:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>

Sánchez, Mayra (2005) Derechos de la Salud: entrevista con José Manuel Bertolote. Responsable de Trastornos Mentales y Cerebrales. OMS

Extraído el 3 de Agosto del 2007: <http://www.medicosprogresistas.org>

OMS. (2001).Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Capítulo 7 .Violencia Autoinflingida. Extraído el 5 de Julio del 2007 de:

http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_7.pdf

Anexos

ANEXO 1

Recomendación de Ítems por parte de especialistas

Factores de Riesgo no modificables (antecedentes)

1. Alguna vez has pensado matarte o hecho algo para acabar con tu vida?
2. En tu familia o algún amigo cercano a ti ha intentado quitarse la vida?
3. Has presenciado agresión en tu familia?

Factores modificables

1. Abuso del alcohol
2. En el último mes he consumido alguna droga ilícita.
 1. Usas algún tipo de droga: marihuana, alcohol, cocaína?
 2. Te han expulsado del colegio?
 3. Has estado involucrado en una pelea y te han llevado con la policía?
 4. Sientes que tus amigos y familiares no te apoyan?
 5. Ha intentado matarse en algún momento?
 6. Ha estado en tratamiento en psiquiatría y psicología?
 7. Has llegado abusar del alcohol?
 8. Has llegado abusar de las drogas?
 9. Alguna vez has sentido que tu familia no te apoyo?

Depresión /ansiedad

1. Tengo la mente tan despejada como siempre
2. A menudo me siento triste
3. La mayoría de las personas están mejor que yo
4. Estoy más irritable que de costumbre
5. Me aislo con frecuencia
6. Siento que mi situación es desesperante
7. Soy vengativo y rencoroso
8. Me preocupo demasiado por las cosas
1. Me siento triste todo el día.

2. Siento que no soy tan bueno como otros.
3. No logro controlar los deseos de hacer cosas que me ponen en peligro.
4. No disfruto la vida.
5. No siento deseos de comer.
6. Paso sin energía.
7. Descanso poco cuando duermo.
8. No logro concentrarme en lo que hago.
9. Me siento inútil.
10. Tengo dificultades en mantener mi cabeza en lo que hago.
11. Hablo menos de lo usual.
12. Siento que no le gusto a la gente.
13. Sientes que no, cumples las expectativas de los demás?
14. Cuando te enojas sientes que pierdes el control?

Ideación suicida

1. He pensado en el modo de hacerme daño
2. Has hecho un plan de como acabar con tu vida?
3. Le has hecho cartas de despedida a tus amigos o familiares antes de intentar acabar con tu vida?
4. Has buscado métodos en Internet, revistas o consultado métodos de suicidios?
5. Te expones a situaciones en que estás al borde de la muerte?
6. Hablas frecuentemente de la muerte y de los deseos de estar muerto?
7. Tienes acceso a armas de fuego?
8. Cuando sientes cólera te cortas o te autogredes?
9. Ha pensado alguna vez que lo mejor seria estar muerto?
10. Has tratado algún plan para morirte?
11. Tienes cercano algún tipo de arma?

Factores precipitantes

1. Conociste alguna persona que se haya suicidado?
2. Tuviste una ruptura amorosa reciente?
3. Has peleado con alguien especial para ti de forma reciente?
4. Hay alguna persona cercana que se haya tratado o se haya matado?
5. Has sufrido una experiencia traumática (VIF, abuso sexual, maltrato físico o emocional)?
6. Has perdido algún ser cercano?
7. Padeces alguna enfermedad que te angustia o desespera?
8. Cuando has terminado una relación cercana haz pensado en hacerte daño?

Creencias

1. He pensado últimamente que la vida no merece la pena ser vivida
2. A pesar de que pensado en la muerte, tengo muchas razones para vivir
3. Los demás descansarían con mi muerte
4. Consideras que eres un inútil?
5. Crees que la vida es absurda?
6. Consideras que todo va a seguir siendo malo?
7. Creer que la muerte es la única salida a tu problema?
8. Alguna vez ha sentido que no hay solución a los problemas?

Factores protectores

1. Mi familia me apoya
2. Hago amigos con facilidad
3. Soy tan bueno en lo que hago como mis compañeros(as)
4. Con frecuencia pienso antes de actuar
5. Se quién puede ayudarme en momentos de crisis
6. Tengo esperanzas en el futuro
7. A m Tienes la confianza de contarle tus problemas a tus papás?
8. Tienes sueños para los próximos años?
9. Sientes que puedes tener una vida feliz?

10. Cuentas con un grupo de amigos para divertirte?
11. disfruto con lo que hago
12. Cuando te sientes mal tienes a quien recurrir?
13. Cuando estás enojado o frustrado buscas alguna actividad alterna de desahogarte?

ANEXO 2. Ítems Propuestos por el Autor

Factores de Riesgo no modificables (antecedentes)

1. Has intentado hacerte daño en algún momento de tu vida?
2. Has intentado suicidarte alguna vez?
3. Has pensado en suicidarte?
4. Te han tenido que atender u hospitalizar por un intento de suicidio?
5. Alguno de tus familiares ha intentado matarse o se ha suicidado?
6. Algún familiar o amigo(a) tuyo ha muerto recientemente por suicidio?
7. Tus padres se separaron o divorciaron?
8. En algún momento de tu vida sufriste abuso sexual?
9. Asistes a alguna terapia psicológica?
10. Te han tenido que atender u hospitalizar por algún trastorno psicológico?

Factores modificables

1. Has usado varias veces drogas como marihuana, cocaína, crack u otras?
2. Tomás licor hasta emborracharte?
3. En tu familia hay muchos conflictos y peleas la mayor parte del tiempo?
4. En tu casa casi siempre te castigan golpeándote?
5. Sientes que tu familia no te apoya?
6. Te sientes muy presionado y con demasiadas responsabilidades?
7. Constantemente fracasas en tus estudios?

Depresión /ansiedad

1. Consideras que las cosas estarían mejor si vos no estuvieras?
2. Consideras que eres muy impulsivo la mayor parte del tiempo?
3. Reacciones impulsivamente y sin pensar la mayor parte del tiempo?
4. Te sientes muy enojado con otros la mayoría del tiempo?

5. Te sientes sólo y aislado de los demás casi siempre?
6. Te sientes incapaz de salir adelante?
7. Sientes que no puede llenar las expectativas de los demás?
8. Piensas que no eres tan bueno como deberías?
9. Tendés a reaccionar violentamente cuando las cosas salen mal?
10. Sentís que nunca podrás ser feliz?
11. Te sientes culpable la mayor parte del tiempo?
12. En muchas ocasiones sientes que no vales nada?
13. Te sientes como un perdedor a la mayor parte del tiempo?
14. Te es difícil concentrarte por tus preocupaciones?
15. Pasas enojado la mayor parte del tiempo?
16. Sientes que no le caes bien a la gente?
17. Pasas triste o enojado casi siempre?
18. Prefieres estar solo y aislado casi siempre?
19. Tienes problemas para dormir a menudo?

Ideación suicida

1. Has pensado un plan para matarte?
2. A veces haces cosas peligrosas que te ponen en riesgo de morir?
3. Has estado pensando en hacerte daño?
4. Tienes la sensación de querer morirte?

Factores precipitantes

1. Recientemente ha muerto algún amigo o familiar con quien tuvieras una relación cercana?
2. Perdiste recientemente a alguien a quien querías?
3. Tienes la sensación de estar muy confundido?

4. Recientemente se terminó la relación con su pareja?
5. Hay algún problema fuerte en tu familia que este preocupándote?
6. Te agreden constantemente en el lugar donde estudias?
7. Tus compañeros de estudio te hacen la vida imposible?
8. Te sientes humillado y fuera de lugar en el lugar donde estudias?
9. Estas teniendo muchos problemas en tu familia?

Creencias

1. Has pensado en el suicidio como una solución?
2. Piensas que merecerías morir?
3. Tienes la sensación de que las cosas están mal y seguirán siempre así?
4. Te sientes muy angustiado por no ser como quisieras?
5. Sientes que no tienes perdón?

Factores protectores

1. Te sientes como una persona valiosa?
2. Sientes que la gente te aprecia?
3. Piensas que hay gente que se interesa por vos y por lo que te pasa?
4. Sientes que la vida vale la pena?
5. Tenés amigos(as) con quienes contar?
6. Sientes que puedes confiar en las personas de tu familia?
7. Tienes planes para el futuro?
8. Sientes que te extrañarían si faltaras?
9. La mayor parte del tiempo te sientes bien?
10. Sientes que vale la pena vivir?
11. Piensas que eres capaz de hacer lo que te propones?
12. Si te sientes mal puedes buscar alguien que te escuche y te ayude?

13. Tienes confianza para hablar con alguien si estas en problemas o te sientes mal?
14. Disfrutas de tu vida la mayor parte del tiempo?
15. Formas parte de algún grupo u organización de jóvenes?
16. Piensas que aprendes mucho de tus propios problemas?

ANEXO 3

Propuesta Preliminar del instrumento

ITEMES	# de ítem	RESPUESTA	
		SI	NO
Factores de Riesgo no modificables (antecedentes)			
11. En el último año mis padres se separaron o divorciaron	1		X
12. En algún momento de mi vida, he intentado hacerme daño	13		X
13. He sufrido abuso sexual	24		X
14. En mi familia hemos sufrido violencia doméstica	37		X
15. Algún miembro de mi familia ha intentado matarse o se ha suicidado	45		X
16. Un amigo o amiga se ha suicidado	58		X
17. He pensado en matarme	69		X
18. He intentado suicidarme	80		X
19. Me han tenido que atender u hospitalizar por problemas psicológicos	90		X
Factores modificables			
8. En los últimos seis meses he consumido drogas (marihuana, cocaína, crack u otras)	2		X
9. En los últimos seis meses he consumido bebidas alcohólicas en exceso	14		X
10. En mi familia con frecuencia hay conflictos y peleas	25		X
11. En mi casa a menudo me castigan golpeándome	38		X
12. Yo cuento con el apoyo de mi familia	46	X	
13. A menudo me siento muy presionado y con demasiadas responsabilidades	9		X
14. Constantemente fracaso en mis estudios	59		X
15. Me han expulsado del colegio	70		X
16. A menudo participo en peleas a golpes	81		X
17. He tenido conflictos con la policía	92		X
18. Tengo amigos en quien apoyarme	93	X	

Depresión /ansiedad			
1. Considero que las cosas estarían mejor si yo no estuviera	4		X
2. Tiendo a ser muy impulsivo la mayor parte del tiempo	5		X
3. Casi siempre me siento enojado	6		X
4. A menudo me siento sólo y aislado de los demás	16		X
5. Me siento incapaz de hacer bien las cosas y salir adelante	17		X
6. Me siento mal por no poder llenar las expectativas de los demás	19		X
7. Tiendo a reaccionar violentamente cuando algo no sale como quiero	26		X
8. A menudo siento que no podré ser feliz	27		X
9. Me siento culpable la mayor parte del tiempo	29		X
10. Pienso que soy un perdedor	30		X
11. La mayoría del tiempo siento que soy una persona valiosa	40	X	
12. Me es difícil concentrarme por mis preocupaciones	41		X
13. Tengo problemas para dormir	48		X
14. La mayor parte del tiempo me siento triste	49		X
15. La mayoría de las personas están mejor que yo	50		X
16. Estoy más irritable que de costumbre	61		X
17. A menudo no siento deseos de comer.	63		X
18. Siento que mi situación es desesperante	64		X
19. Soy vengativo y rencoroso	71		X
20. Me preocupo demasiado por las cosas	72		X
21. Siento que no soy tan bueno como otros	106		X
22. Tiendo a hacer cosas que me ponen en peligro	82		X
23. Últimamente estoy cansado y sin energías	83		X
24. Descanso poco cuando duermo.	85		X
25. Últimamente logro concentrarme en lo que hago	94	X	
26. Me siento inútil.	95		X
27. Siento que no le caigo bien a la gente	97		X
28. Siento que pierdo el control cuando me enojo	98		X
Ideación suicida			
1. He pensado en un plan o método para matarme	8		X

2. Últimamente he estado pensando en hacerme daño	47		X
3. A menudo tengo deseos de morirme			
4. He pensado en el modo de hacerme daño	87		X
5. He escrito cartas de despedida por si decido acabar con mi vida	20 75		X X
6. He buscado métodos para matarme en revistas, Internet u otros medios	32		X
7. Me he expuesto a situaciones que me ponen al borde de la muerte	42		X
8. Hablo frecuentemente de la muerte y/o de los deseos de estar muerto	65		X
9. Tengo acceso a armas de fuego			
10. Cuando me enojo, me corto o hago cosas que me dañan	51 52		X X
11. He pensado alguna vez que lo mejor seria estar muerto	53		X
Factores Precipitantes			
1. Algún amigo o familiar cercano murió recientemente	10		X
2. Recientemente perdí a alguien que quería mucho	22		X
3. Con frecuencia me siento muy confundido	33		X
4. Estoy muy dolido porque terminó mi relación de pareja	34		X
5. Me agreden verbal o físicamente en el lugar donde estudio o trabajo	43		X
6. Mis compañeros de estudio o trabajo me hacen la vida imposible	54		X
7. Últimamente he tenido muchos problemas en mi familia.	55		X
8. Me he sentido humillado y solo en el lugar donde estudio o trabajo	66		X
9. Recientemente termino mi relación de pareja	77		X
10. Actualmente estoy muy molesto con alguien especial para mi	88		X
11. He sufrido una experiencia traumática recientemente	99		X
12. Sufro de alguna enfermedad que me angustia o me desespera constantemente	100		X
13. Alguna vez he pensado en hacerme daño, luego de terminar una relación de pareja	102		X
14. He tenido problemas por mi preferencia u orientación sexual	74		X

Creencias			
1. Pienso en el suicidio como una posible solución a los problemas	12		X
2. A veces pienso que yo merecería morir	23		
3. Pienso a menudo que las cosas están mal y seguirán siempre así	36		X X
4. Pienso que he hecho algo que no tiene perdón	44		X
5. He pensado últimamente que la vida no merece la pena ser vivida	56		X
6. Tengo muchas razones para vivir	57	X	
7. Los demás descansarían con mi muerte	68		
8. Soy capaz de encontrar una solución a mis problemas	78	X	X
9. Me afecta mucho no ser como quisiera	89		
10. Siento que vine al mundo a sufrir	103		X
11. Me molesta que otros se interesen por mí	104		X
12. Me gusta sentirme mal	105		X X
Factores protectores			
1. Soy una persona valiosa	7	X	
2. La mayoría de la gente me aprecia	3	X	
3. Hay gente que se interesa por mi y por lo que me pasa	15	X X	
4. Siento que la vida vale la pena	21	X	
5. Tengo amigos con quienes contar	18	X	
6. Siento que puedo confiar en las personas de mi familia	21	X X	
7. Tengo planes para el futuro	28	X	
8. Me extrañarían si yo faltó	31	X	
9. La mayor parte del tiempo me siento bien	35	X	
10. Pienso que soy capaz de hacer casi todo lo que me proponga	39	X	
11. Si me siento mal busco a alguien que me escuche y me ayude	60	X	
12. Formo parte de algún grupo u organización de jóvenes	62	X	
13. Aprendo mucho de mis propios problemas	67	X	
14. Hago amigos con facilidad	73		
15. Soy tan bueno en lo que hago como mis compañeros o amigos	76	X	
16. Con frecuencia pienso antes de actuar	84	X	
17. Se quién puede ayudarme en momentos de crisis	91	X	

18. A menudo disfruto con lo que hago	86	X	
19. Tengo la confianza de contarles mis problemas a mis familiares	96	X	
20. Se que puedo tener una vida feliz	79	X	
21. Cuento con un grupo de amigos para divertirme.	101	X	
22. Cuando estoy enojado o frustrado busco alguna actividad recreativa para desahogarme	107	X	

ANEXO 4

TEST IRSA

Estimado(a) adolescente:

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

Contesta todas las preguntas que se te presentan a continuación, marcando con una (x) el cuadrado contiguo a la respuesta (Sí o No) que consideras se aplica mejor a tu situación. No debes escribir tu nombre. Tus respuestas **serán confidenciales** y solo serán vistas por los profesionales de salud que realizan el estudio. No permitas que **nadie más observe** o te sugieran las respuestas. Agradecemos tu confianza e interés.

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

Edad Fecha Sexo Masculino Femenino

¿Dónde vives? _____

ITEM	SI	NO
1. En el último año mis padres se separaron o divorciaron		
2. En los últimos seis meses he consumido drogas prohibidas por la ley (marihuana, cocaína, crack u otras)		
3. La mayoría de la gente me aprecia		
4. Considero que las cosas estarían mejor si yo no estuviera		
5. Tiendo a ser muy impulsivo la mayor parte del tiempo		
6. Casi siempre me siento enojado		
7. Soy una persona valiosa		
8. He pensado en un plan o método para matarme		
9. A menudo me siento muy presionado y con demasiadas responsabilidades		
10. Algún amigo o familiar cercano murió recientemente		
11. Siento que la vida vale la pena		
12. Pienso en el suicidio como una posible solución a los problemas		
13. En algún momento de mi vida, he intentado hacerme daño		
14. En los últimos seis meses he consumido bebidas alcohólicas en exceso		
15. Hay gente que se interesa por mi y por lo que me pasa		
16. A menudo me siento sólo y aislado de los demás		
17. Me siento incapaz de hacer bien las cosas y salir adelante		
18. Tengo amigos con quienes contar		
19. Me siento mal por no poder llenar las expectativas de los demás		
20. He pensado en el modo de hacerme daño		
21. Siento que puedo confiar en las personas de mi familia		
22. Recientemente perdí a alguien que quería mucho		
23. A veces pienso que yo merecería morir		
24. He sufrido abuso sexual		
25. En mi familia con frecuencia hay conflictos y peleas		
26. Tiendo a reaccionar violentamente cuando algo no sale como quiero		
27. A menudo siento que no podré ser feliz		
28. Tengo planes para el futuro		
29. Me siento culpable la mayor parte del tiempo		

30. Pienso que soy un perdedor		
31. Me extrañarían si yo falto		
32. He buscado métodos para matarme en revistas, Internet u otros medios		
33. Con frecuencia me siento muy confundido		
34. Estoy muy dolido porque mi relación de pareja terminó en fracaso		
35. La mayor parte del tiempo me siento bien		
36. Pienso a menudo que las cosas están mal y seguirán siempre así		
37. En mi familia hemos sufrido violencia doméstica		
38. En mi casa a menudo me castigan golpeándome		
39. Pienso que soy capaz de hacer casi todo lo que me proponga		
40. La mayoría del tiempo siento que soy una persona valiosa		
41. Me es difícil concentrarme por mis preocupaciones		
42. Me he expuesto a situaciones que me ponen al borde de la muerte		
43. Me agreden verbal o físicamente en el lugar donde estudio o trabajo		
44. Pienso que he hecho algo que no tiene perdón		
45. Algún miembro de mi familia ha intentado matarse o se ha suicidado		
46. Yo cuento con el apoyo de mi familia		
47. Últimamente he estado pensando en hacerme daño		
48. Tengo problemas para dormir		
49. La mayor parte del tiempo me siento triste		
50. La mayoría de las personas están mejor que yo		
51. Tengo acceso a armas de fuego		
52. Cuando me enojo, me corto o hago cosas que me dañan		
53. He pensado alguna vez que lo mejor sería estar muerto		
54. Mis compañeros de estudio o trabajo me hacen la vida imposible		
55. Últimamente he tenido muchos problemas en mi familia		
56. He pensado últimamente que la vida no merece la pena ser vivida		
57. Tengo muchas razones para vivir		
58. Un amigo o amiga se ha suicidado		
59. Constantemente fracaso en mis estudios		
60. Si me siento mal busco a alguien que me escuche y me ayude		
61. Estoy más irritable que de costumbre		
62. Formo parte de algún grupo u organización de jóvenes		
63. A menudo no siento deseos de comer.		
64. Siento que mi situación es desesperante		
65. Hablo frecuentemente de la muerte y/o de los deseos de estar muerto		
66. Me he sentido humillado y solo en el lugar donde estudio o trabajo		
67. Aprendo mucho de mis propios problemas		
68. Los demás descansarían con mi muerte		
69. He pensado en matarme		
70. Me han expulsado del colegio		
71. Soy vengativo y rencoroso		

72. Me preocupo demasiado por las cosas		
73. Hago amigos con facilidad		
74. He tenido problemas por mi preferencia u orientación sexual		
75. He escrito cartas de despedida por si decido acabar con mi vida		
76. Soy tan bueno en lo que hago como mis compañeros o amigos		
77. Recientemente terminé mi relación de pareja		
78. Soy capaz de encontrar una solución a mis problemas		
79. Se que puedo tener una vida feliz		
80. He intentado suicidarme		
81. A menudo participo en peleas a golpes		
82. Tiendo a hacer cosas que me ponen en peligro		
83. Últimamente estoy cansado y sin energías		
84. Con frecuencia pienso antes de actuar		
85. Descanso poco cuando duermo.		
86. A menudo disfruto con lo que hago		
87. A menudo tengo deseos de morirme		
88. Actualmente estoy muy molesto con alguien especial para mi		
89. Me afecta mucho no ser como quisiera		
90. Me han tenido que atender u hospitalizar por problemas psicológicos		
91. Se quién puede ayudarme en momentos de crisis		
92. He tenido conflictos con la policía		
93. Tengo amigos en quien apoyarme		
94. Últimamente logro concentrarme en lo que hago		
95. Me siento inútil.		
96. Tengo la confianza de contarles mis problemas a mis familiares		
97. Siento que no le caigo bien a la gente		
98. Siento que pierdo el control cuando me enojo		
99. He sufrido una experiencia traumática recientemente		
100. Sufro de alguna enfermedad que me angustia o me desespera constantemente		
101. Cuento con un grupo de amigos para divertirme		
102. Alguna vez he pensado en hacerme daño, luego de terminar una relación de pareja		
103. Siento que vine al mundo a sufrir		
104. Me molesta que otros se interesen por mí		
105. Me gusta sentirme mal		
106. Siento que no soy tan bueno como otros		
107. Cuando estoy enojado o frustrado busco alguna actividad recreativa para desahogarme		

ANEXO 5



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO
Teléfonos:(506) 207-5006 Telefax: (506) 224-9367

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Para ser sujeto de investigación)

Nombre del Proyecto: **Construcción de un instrumento para la detección de factores de riesgo suicidio en adolescentes costarricenses**

Nombre del Investigador Principal: Dr. Ramón Mauricio Campos Campos

Nombre del participante: _____

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.

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: Su hijo(a) participará en una investigación que se realiza como tesis de graduación en la Especialidad en psiquiatría de la Universidad de Costa Rica, con la misma se pretende crear y validar un test que evalúa los posibles factores que pueden conducir a conductas autodestructivas en adolescentes.

B. PROCEDIMIENTO: Si usted y su hijo(a) aceptan la participación en este estudio, se realizará lo siguiente: Se le solicitará a su hijo(a) completar los dos instrumentos del estudio, el test denominado “IRSA”, diseñado por el autor con ayuda de varios especialistas en Psiquiatría Infantil y el “Test de Zung” para valoración de Depresión.

C. RIESGOS: Se espera que la participación de su hijo(a) en este estudio no conlleve ningún riesgo para su integridad física, psicológica o moral, ni costo económico alguno. Puede significarle alguna molestia o incomodidad, en el sentido de que implica referirse a su vida privada, sin embargo, cualquier inconveniente al respecto puedo expresarlo libremente y recibirá la ayuda necesaria si es requerido por su hijo(a) o si es considerado por el profesional que lo aplica..

D. BENEFICIOS: Como resultado de su participación en este estudio, su hijo(a) no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo es posible que los resultados que surjan de la investigación beneficie a otras personas y ayude a incrementar el conocimiento de los

profesionales sobre el riesgo de las y los adolescentes en cuanto a conductas autodestructivas. Por su participación no recibirá ninguna retribución económica.

E. Puede conversar con el profesional que le aplica el test para contestar sus preguntas sobre este estudio. Si quisiera más información luego, puedo obtenerla llamando al Dr. Mauricio Campos Campos al teléfono número 2232-2155 en horario de 7 a.m a 3:00 p.m.

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

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

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

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla.

Me quedó clara la información que necesitaba decidir acerca de la participación de mi hijo (a) en esta investigación. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada.

Por lo tanto: acepto que mi hijo (a) participe voluntariamente como sujeto de investigación en la investigación titulada: Construcción de un instrumento para la detección de factores de riesgo suicidio en adolescentes costarricenses pues se me ha informado que él (ella) es libre de decidir participar en el estudio y que puede retirarse voluntariamente en cualquier momento, me queda claro que mi firma no implica consecuencias legales adversas para mí ni para mi hijo(a).

Nombre padres o encargado

cédula

firma

fecha

Nombre del profesional

cédula

firma

fecha

ANEXO 6



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO
Teléfonos:(506) 207-5006 Telefax: (506) 224-9367

FÓRMULA DE ASENTIMIENTO INFORMADO (Para ser sujeto de investigación)

Nombre del Proyecto: **Construcción de un instrumento para la detección de factores de riesgo suicida en adolescentes costarricenses**

Nombre del Investigador Principal: Dr. Ramón Mauricio Campos Campos

Nombre del participante: _____

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

B. PROCEDIMIENTO: Si aceptas participar en este estudio, se te solicitará completar los dos instrumentos del estudio, el test denominado “IRSA” y el “Test de Zung”.

C. RIESGOS: Con tu participación en este estudio no se espera que tengas ningún riesgo. Puede significarte alguna molestia o incomodidad, en el sentido de que implica referirte a ti y a tu vida privada. Si quisieras comentar algo sobre lo que contestaste al llenar los Test o si quieres solicitar algún tipo de ayuda puedes hacerlo con el profesional que te lo aplica, los instrumentos son anónimos y nadie más que el personal que realiza y participa en el estudio tendrá acceso a esta información.

D. BENEFICIOS: Con tu participación en este estudio no recibirás ningún pago o beneficio directo, pero si ayudarás a beneficiar a otras personas, especialmente otros jóvenes como vos ya que se busca crear un cuestionario para detectar si están en riesgo.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla, mi participación en este estudio es voluntaria. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre Participante cédula firma fecha

Nombre del profesional cédula firma fech

ANEXO 7

Hoja de Información para Colaboradores de la Investigación: Construcción de un Instrumento para la detección de factores de riesgo suicida en adolescentes costarricenses

Realizada por: Dr. Ramón Mauricio Campos Campos.

Esta Investigación contará con la aprobación del Comité Ético del Hospital Nacional Psiquiátrico y se realizará con la colaboración de funcionarios de las Clínicas del Adolescente de varias regiones del país y de la Consulta Externa de Adolescentes del HNP. El Trabajo se realizará con el apoyo y la supervisión del Programa de Atención Integral al Adolescente y bajo la tutoría del Dr. Marco Díaz Alvarado y el Lic. Carlos Garita.

El Objetivo del mismo consiste en Construir y validar un instrumento que permita detectar y registrar el riesgo suicida en población adolescente de Costa Rica.

Ya se ha completado una propuesta inicial del instrumento con el aporte de varios psiquiatras especialistas en Adolescencia, por lo que se busca aplicar a una población de 150 adolescentes entre los 12 y 17 años para validar el instrumento.

Con este instrumento se busca a futuro obtener un medio de registro práctico para profesionales del área de la salud que permita la evaluación del riesgo suicida y la detección a tiempo de factores de riesgo en adolescentes favoreciendo así a este grupo etáreo, así como ser una herramienta para poder evaluar la eficacia de medidas y estrategias preventivas o procesos terapéuticos en poblaciones estudiadas, contribuir a la elaboración de un perfil de los adolescentes con mayor riesgo y brindar elementos para futuras investigaciones sobre el tema.

Indicaciones:

Población a la que se administrará el instrumento: Adolescentes entre los 12 y 17 años de edad, de ambos sexos, la mitad de la población mujeres y la otra mitad hombres.

Requerimientos: Saber leer y que a su criterio sea capaz de entender y llenar los test.

- Solicitar al paciente y a su representante legal respetuosamente su cooperación en la investigación informándole sobre los beneficios para otros jóvenes y para el conocimiento general.
- Informar sobre la confidencialidad del estudio y de la posibilidad de ampliar la información o ser atendido en caso de que requiera o solicite alguna ayuda.
- Asegurarse de que se lea y se firme el Asentimiento Informado por parte del adolescente y el Consentimiento Informado por parte del representante legal que lo acompaña.
- Aplicar los Instrumentos: Test IRSA y test de Zung a los adolescentes.
- Verificar si hay dudas o ampliar información.
- Verificar si se requiere atención inmediata y asegurarse de que la consiga.
- Tener el cuidado de que los instrumentos no sean vistos por personas ajenas a la investigación.
- Una vez completada la totalidad de test a aplicar entregar al investigador principal o al personal del PAIA.

Muchas Gracias Por su Aporte y colaboración con este estudio.

Si requiere más información o que se le aclare alguna duda favor comunicarse al número 88 23 74 74 con el Dr. Ramón Mauricio Campos Campos o con el Lic.

Carlos Garita Arce del PAIA.