

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

VALORACIÓN DE RIESGO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DEL
COLEGIO ADVENTISTA METROPOLITANO. JUNIO 2017- MAYO 2018



Trabajo de Grado presentado por Ellen Cristina Gerónimo Bonilla y Carlos
José Sena De Jesús, para optar por el título de: **DOCTOR EN MEDICINA**

Distrito Nacional: 2018

CONTENIDO

I. Introducción	9
I.1. Antecedentes	10
I.2. Justificación	13
II. Planteamiento del problema	15
III. Objetivos	17
III.1. General	17
III.2. Específicos	17
IV. Marco teórico	18
IV.1. Adolescencia	18
IV.1.1. Clasificación	18
IV.1.2. Característica de la adolescencia	19
IV.1.3. Perfil del adolescente suicida	21
IV.2. Suicidio	22
IV.2.1. Conceptualización	22
IV.2.2. Epidemiología	24
IV.2.3. Factores de riesgo	26
IV.2.4. Factores protectores	35
IV.2.5. Valoración de riesgo de suicidio	36
IV.2.6. Tratamiento	37
IV.2.7. Prevención	41
V. Operacionalización de las variables	43
VI. Material y métodos	44
VI.1. Tipo de estudio	44
VI.2. Área de estudio	44
VI.3. Universo	44
VI.4. Muestra	44

VI.5. Criterios _____	45
VI.5.1. De inclusión _____	45
VI.5.2. De exclusión _____	45
VI.6. Instrumento de recolección de datos _____	45
VI.7. Procedimiento _____	46
VI.8. Tabulación _____	47
VI.9. Análisis _____	47
VI.10. Consideraciones éticas _____	47
VII. Resultados _____	48
VII.1. Participación _____	48
VII.2. Características demográficas de la muestra _____	48
VII.3. Riesgo de suicidio _____	50
VIII. Discusión _____	60
IX. Conclusión _____	65
X. Recomendaciones _____	66
XI. Referencias _____	67
XII. Anexos _____	73
XII.1. Cronograma _____	73
XII.2. Solicitud de consentimiento de padres, madres y/o tutores. _____	74
XII.3. Instrumento de recolección de datos. _____	75
XII.4. Carta de autorización _____	79
XII.5. Costos y recursos _____	80
XII.6. Evaluación _____	81

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, damos gracias a Dios, por darnos la sabiduría y la fortaleza para que fuera posible alcanzar este triunfo. Por darnos las fuerzas para no rendirnos en ningún momento e iluminar nuestro camino hacia el éxito. Porque todo lo que somos, lo que tenemos y lo que podemos ser, es por su santa bondad y amor.

A la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, por haber sido nuestro segundo hogar durante estos años y por ser la institución que nos formó, profesional y humanamente. Por darnos todas las herramientas necesarias para alcanzar el éxito.

A nuestros asesores, Dra. Jeannette Báez, Dr. Rubén D. Pimentel y Dr. Luis Ortega, por brindarnos la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia, por sus valiosas críticas y sus importantes sugerencias y aportes para el desarrollo de este trabajo.

Al Colegio Adventista Metropolitano, por darnos el apoyo necesario y permitirnos llevar a cabo esta investigación dentro de sus instalaciones.

A los profesores y al decanato de la escuela de Medicina de la Facultad de ciencias de la salud, por haber sido formadores de nuestros conocimientos, esenciales para llegar a esta etapa de madurez profesional.

A nuestros compañeros de promoción, colegas y amigos, con quienes compartimos mañanas, tardes y noches de estudio y experiencias que nos quedarán para toda la vida. Gracias por su apoyo incondicional, por hacer de este arduo camino algo más fácil. Pero, sobre todo, gracias, porque sabemos, que las amistades formadas durante esta carrera, serán para toda la vida.

A nuestros amigos y familiares, por estar siempre presente en nuestros momentos difíciles y por celebrar con nosotros nuestros logros, por brindarnos todo el apoyo, colaboración, ánimo y sobre todo cariño y amistad.

...A todos, muchas gracias...

Ellen Gerónimo Bonilla

Carlos Sena De Jesús

DEDICATORIAS

A:

Dios, por darme la vida y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, además por su infinita bondad y amor, por darme la paciencia para seguir y el ánimo para no desistir.

*Mas a Dios gracias, el cual nos lleva siempre en triunfo en
Cristo Jesús, y por medio de nosotros manifiesta en todo
lugar el olor de su conocimiento.*

2 Corintios 2:14

Mi madre, Amarilis Bonilla, por ser mi roca fuerte, mi ejemplo a seguir, por darme las palabras de aliento cuando las necesitaba, por tenerme tanta paciencia, y siempre creer en mí, cuando ni yo misma creía. Por inculcarme que, con la ayuda de Dios y mi esfuerzo, puedo conseguir cualquier cosa, y por darme las herramientas para lograrlo. Pero más que nada, por su amor. Todo lo que soy, y lo que seré, te lo debo a ti mami, no te merezco, pero le doy las gracias a Dios por ti.

Mi padre, Fabio Gerónimo, por quererme incondicionalmente, por creer en mí y por siempre tener palabras de motivación y perseverancia durante toda esta carrera. Porque mi alegría es tu alegría y mis logros son tus logros.

Mi hermano, Jeriel Gerónimo Bonilla, por ser mi apoyo incondicional. Sé que siempre podré contar contigo.

Mis familiares, Jeymy, Nidia y Roberto, por ser los mejores, por compartir mis alegrías, y por darme animo en los momentos difíciles. Por quererme y apoyarme siempre, esto también se lo debo a ustedes.

Mis amigas, Kyara, Johanna y Zoila, porque durante la carrera, han sido mi apoyo, gracias por compartir todos estos años de arduo trabajo, y por hacerlos mucho más memorables.

Mi compañero de tesis, Carlos Sena, por su esfuerzo y dedicación.

Todos aquellos familiares y amigos que han sido mi soporte y compañía durante cada etapa de mi camino universitario.

El camino no ha sido fácil, pero la experiencia que gané es invaluable.

¡Gracias por crear esto conmigo!

Ellen Gerónimo Bonilla.

Primero doy gracias a Dios por haberme permitido llegar hasta aquí, su presencia y favor han sido evidentes a lo largo de este afanoso camino.

A mis padres, Xiomara y Rafael quienes, creyendo en mí, me han apoyado incondicionalmente. Hoy, gracias a su fe y esfuerzos puedo levantar este título y culminar esta importante etapa de mi vida. Esto es de ustedes y para ustedes.

A mis hermanos, Samuel y Jireh Sena, a Belkys Cuello, Jean L. Álvarez, Saskia De Campos, Evelina Castillo, Gabriela Cruz y a todos aquellos familiares y amigos que de alguna manera han hecho posible alcanzar esta meta, gracias.

A mi otra hermana, Cindy Rodríguez quien ha estado presente desde el inicio y a quien agradezco su apoyo y amistad desinteresada. A sus padres, Muriel y Guillermo quienes de igual manera desinteresada me acogieron, apoyaron y brindaron palabras de aliento cuando eran necesarias, gracias.

A mi compañera de tesis, Ellen Gerónimo por su ayuda y buena disposición para la realización de esta investigación.

Carlos Sena De Jesús

RESUMEN

Introducción y objetivo: La conducta suicida, definida como la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo, representa un problema complejo de salud pública a nivel mundial, siendo identificada como una de las diez principales causas de muerte. Esta práctica, aun cuando en gran manera es prevenible, ha sufrido un incremento en los últimos años a expensas, principalmente de jóvenes adolescentes. Considerando lo anterior se realizó este estudio con el objetivo de valorar el riesgo de suicidio en adolescentes del Colegio Adventista Metropolitano en el periodo, junio 2017- mayo 2018.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y prospectivo en el cual se aplicó el Inventario de riesgo suicida para adolescentes (IRISA) (Hernández & Lucio, 2003) a un grupo de 230 adolescentes entre primer y sexto grado de secundaria, con edades comprendidas entre 12 y 18 años de edad.

Resultados: El riesgo de suicidio fue de 27.4 por ciento, siendo la ideación suicida el nivel de riesgo prevalente (12.6%). El 24.8 por ciento de los adolescentes ha pensado en suicidarse. Los adolescentes entre las edades de 15 y 16 años tuvieron mayor prevalencia de riesgo suicida, con 6.5 y 6.9 por ciento, respectivamente. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de riesgo y el sexo, se determinó que la incidencia de pensamientos y planeación suicida es 1.44 veces y 1.2 veces mayor en las hembras que en los varones.

Conclusión: El tema del suicidio requiere de la participación coordinada y articulada de los diferentes actores de la sociedad, y tanto la aplicación periódica de este tipo de evaluaciones como la creación de programas de prevención e intervención a nivel de salud pública que refuercen la política nacional de reducción del suicidio son de vital importancia.

Palabras claves: Conducta suicida, adolescencia, factores de riesgo.

ABSTRACT

Introduction and objective: Suicidal behavior, defined as the concern, intent or act that intentionally seeks to cause harm to oneself, represents a complex public health problem worldwide, being identified as one of the ten leading causes of death. This practice, even though it is largely preventable, has suffered an increase in recent years at the expense, mainly of young adolescents. Considering the above, this study was conducted with the aim of assessing the risk of suicide in adolescents of the Colegio Adventista Metropolitano in the period, June 2017 - May 2018.

Material and methods: An observational, descriptive, cross-sectional and prospective study was conducted in which the Inventory of Suicidal Risk for Adolescents (IRISA) (Hernández & Lucio, 2003) was applied to a group of 230 adolescents between the first and sixth grades of secondary school, with ages between 12 and 18 years of age.

Results: The risk of suicide was 27.4 percent, with suicidal ideation being the level of prevalent risk (12.6%). 24.8 percent of adolescents have thought about committing suicide. Adolescents between the ages of 15 and 16 had a higher prevalence of suicidal risk, with 6.5 and 6.9 percent, respectively. Although no statistically significant differences were found between the level of suicidal risk and sex, it was determined that the incidence of thoughts and suicidal planning is 1.44 times and 1.2 times higher in females than in males.

Conclusion: The subject of suicide requires the coordinated and articulated participation of the different actors of society, and both the periodic application of this type of evaluations and the creation of prevention and intervention programs at the public health level that reinforce the national policy of suicide reduction are of vital importance.

Keywords: Suicidal behavior, adolescence, risk factors.

I. INTRODUCCIÓN

El comportamiento suicida ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. El suicidio es una conducta voluntaria que tiene como objetivo la muerte del mismo individuo. El Centro de Control de Enfermedades (CDC) (2017) define el suicidio como la muerte causada por un comportamiento dañino auto dirigido con la intención de morir como resultado del comportamiento. ¹

El suicidio ha demostrado ser un problema de salud pública importante, aun cuando en gran manera es prevenible. Se estima que anualmente, cerca de 800,000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2015 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo. ²

Nos encontramos así delante de un fenómeno, que lejos de disminuir ha ido en aumento, afectando con mayor frecuencia la población adolescente y adultos jóvenes.

Las conductas suicidas en niños y adolescentes se definen como la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo. Se puede entender como un espectro que abarca a las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte intentos o tentativas suicidas y los suicidios consumados o completados. ³

La adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. ²

La adolescencia es la etapa de transición más importante en el ser humano, caracterizada no solo por cambios biológicos, sino también psicológicos y sociales. Es una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicología y social. ⁴

Los patrones conductuales de la adolescencia les atribuyen rasgos que juegan un rol como factores de riesgos de la conducta suicida, tales como la poca tolerancia a la frustración o al fracaso, angustia y estrés. ⁵

En el mundo se estima que cuatro millones de adolescentes intentan suicidarse cada año, con un balance resultante de 100,000 muertes. El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes de los Estados Unidos, donde la tasa de suicidio consumado en varones ha aumentado notablemente en las cuatro últimas décadas. ⁶

Este incremento en las cifras de suicidios sigue siendo alarmante. Por lo que determinar cuáles factores intervienen en la conducta suicida es de gran importancia. El presente trabajo pretende identificar adolescentes que se encuentran en riesgo de suicidio. ⁴

I.1. Antecedentes

Ayuso-Mateos J, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V (2012), consideraron que el suicidio es un problema importante de salud pública que constituye una de las principales causas de años de vida perdidos por enfermedad y la tercera causa de mortalidad en adultos jóvenes. El objetivo de este proyecto iniciado por la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica fue preparar un documento que, a partir de la evidencia disponible y la opinión de los expertos, realizara unas recomendaciones sobre la prevención y el manejo del comportamiento suicida. ⁷

En este trabajo se resume la revisión de la evidencia disponible sobre la magnitud e impacto epidemiológico de la conducta suicida, los factores de riesgo y factores protectores, los instrumentos de evaluación del riesgo de conducta suicida, los protocolos preventivos existentes a nivel internacional y local, las intervenciones preventivo educativas a nivel de los profesionales de la salud, y las posibles intervenciones sobre poblaciones de riesgo. ⁷

De esta revisión un amplio grupo de psiquiatras expertos sintetizó y consensuó un conjunto de recomendaciones sobre el impacto, la prevención y el manejo de la conducta suicida. ⁷

Álvarez-Caballero M, Camilo Colas V, Barceló Román M, Sánchez Maso Y, Fajardo Vals Y, realizaron un estudio descriptivo longitudinal y retrospectivo de 87 adolescentes, quienes atentaron contra sus vidas, desde enero del 2012 hasta diciembre del 2014, pertenecientes al Policlínico

Docente «José Martí Pérez» de Santiago de Cuba, a fin de determinar los principales factores de riesgo de intento suicida en este grupo poblacional. ⁸

Predominaron las féminas (73.5 %), el grupo etario de 15-19 años (60.9 %), las familias disfuncionales (72.4 %) y la ingestión de psicofármacos como el método empleado con mayor frecuencia (51.7 %). Los principales factores predisponentes fueron: antecedentes familiares hereditarios (19.5 %), violencia domiciliaria (18.3 %), así como trastornos de conducta y depresiones (17.2 %).⁸

Mercedes E, Félix-Ángeles M, Pimentel R, realizaron un estudio descriptivo de recolección de datos retrospectivo con el objetivo de determinar la frecuencia de suicidio por herida de proyectil de arma de fuego en el Instituto Nacional De Patología Forense en Santo Domingo, enero 2012-diciembre 2013. El total de casos de suicidio fue de 157, de los cuales 38 fallecieron por proyectil de arma de fuego para un 24.2 por ciento. El 31.6 por ciento de los casos tenían entre 30-39 años. ⁹

El 89.5 por ciento de los casos eran de sexo masculino. El 73.7 por ciento fueron de procedencia urbana. El 39.5 por ciento de los casos estaban solteros. El 36.8 por ciento de los casos eran militares. El 97.4 por ciento de los casos eran de color de piel negra. El 94.7 por ciento eran nacionalidad dominicana. El 55.3 por ciento de los casos tenían localizada la herida en la región temporal derecha. El 89.5 por ciento de los casos portaban tipo de arma de cañón corto. ⁹

Navarro N, García L, Cangas AJ, plantean que en los últimos años se ha producido un incremento alarmante en el número de suicidios en niños y adolescentes, siendo una realidad cotidiana en el panorama de los EEUU, especialmente en el caso de inmigrantes latinos. En el estudio, se estableció un sondeo en población de riesgo acerca de los factores de riesgo de suicidio percibidos. La muestra quedó conformada por 593 niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 11 y los 18 años, la mayoría de etnia latina, pertenecientes a “*Latina Youth Program*” (LYP), un programa de prevención del suicidio en población de riesgo, desarrollado por *Pacific Clinics*, una organización que desarrolla su actividad en Los Ángeles, California. ¹⁰

Se entrevistó a los participantes acerca de los factores que ellos consideraban de riesgo para la conducta suicida. Los participantes fueron

seleccionados aleatoriamente en los años 2003, 2005 y 2008. Los factores de riesgo más comúnmente señalados fueron la regulación de emociones (96.57%), la pobre comunicación familiar, bajo rendimiento escolar, la influencia del grupo de iguales (89.67%, 82.73% y 41.57% respectivamente). La tendencia encontrada apunta hacia un aumento en la percepción de factores de riesgo, detectándose en cualquier caso hasta diez factores de riesgo de suicidio. La cantidad de variables puestas en juego complejizan la determinación precisa de la(s) causa(s) que podrían desembocar en este fatídico desenlace, siendo lo más común un panorama en el que confluyen multitud de variables, cruciales para asentar objetivos en las intervenciones.¹⁰

Cruz E, realizó un estudio retrospectivo y descriptivo, con el objetivo de determinar la prevalencia de intento suicida en pacientes ingresados en el Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el periodo 2008-2012.¹¹

La información fue obtenida a través de los expedientes clínicos de los pacientes y el posterior llenado de formularios. Se encontró que la prevalencia de intento suicida fue de un tres por ciento. La muestra estuvo integrada por 111 pacientes, de los cuales los adolescentes y adultos jóvenes menores de 20 y 20-29 fueron la población más afectada con 35 y 25 por ciento respectivamente. El sexo femenino predominó con 56 por ciento.¹¹

El estado civil y la ocupación predominantes fueron los de unión libre al igual que los desempleados, ambos con un 42 por ciento. El nivel de escolaridad de primaria fue el que prevaleció con un 57 por ciento junto a la procedencia urbana de los pacientes con un 79 por ciento. Los conflictos amorosos y los problemas familiares fueron los eventos vitales estresantes más relevantes con un 55 y 23 por ciento respectivamente.¹¹

Se observó que el 76 por ciento de los pacientes no tenía antecedentes de suicidio familiar, el 85 por ciento no presentaron intentos suicidas previos y de estos el 91 por ciento no tenían antecedentes patológicos, siendo los órganos fosforados el método más utilizado con 53 por ciento.¹¹

De acuerdo con estos resultados se pone en evidencia la importante necesidad de realizar un abordaje multidisciplinario haciendo énfasis en los factores de riesgo, lo cual nos permitirá anticipar una atención preventiva adecuada y oportuna de la conducta suicida.¹¹

Hernández-Cervantes Q, Gómez-Maqueo E, han considerado que en el estudio del suicidio entre adolescentes la evaluación del estrés y ansiedad por eventos de vida adversos es de gran importancia. El Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes ha probado ser un instrumento efectivo en la detección y evaluación del impacto de eventos adversos recientes. ¹²

Por otro lado, el Inventario de Riesgo Suicida (IRIS) para adolescentes es un instrumento de tamizaje que examina condiciones de riesgo para la ideación e intento suicida. En este estudio se correlacionaron los resultados de ambos instrumentos en la caracterización del adolescente en riesgo suicida. Participaron 341 adolescentes de 13 a 18 años ($X = 14.5$; $DE = 1.6$), estudiantes de escuelas secundarias y preparatorias públicas de la ciudad de México. ¹²

Los resultados indicaron que los perfiles se correlacionaron altamente, en similitud con otras investigaciones en las que se ha encontrado una fuerte asociación entre riesgo suicida y eventos adversos de vida evaluados en estrategias de intervención en escenarios escolares. ¹²

1.2. Justificación

La conducta suicida representa un problema complejo de salud pública a nivel mundial, siendo identificada como una de las diez principales causas de muerte. En los últimos años esta práctica ha sufrido un incremento a expensas, principalmente de jóvenes adolescentes que como tales se encuentran en plena etapa de desarrollo, constantemente luchando por lograr la consolidación de su identidad y alcanzar madurez social. ¹³

La adolescencia es un período de transición en el cual el individuo abandonando la infancia y adquiere un nuevo rol en la sociedad. Para muchos resulta difícil adaptarse a ese cambio y al considerarse incapaces de hacerlo experimentan fuertes sentimientos de estrés, angustia, confusión, incertidumbre y frustración, lo que favorece la aparición y el desarrollo de trastornos psiquiátricos como son la depresión, trastornos bipolares y de la personalidad, que llevan al individuo a concebir, mantener y consumir ideas suicidas. ¹³

Como se ha planteado, los adolescentes son un grupo vulnerable de la sociedad en los cuales inciden múltiples factores relacionados a su entorno como son formar parte de una familia disfuncional, el abandono, ser víctimas de agresión sexual o física y otros como la carga genética y los trastornos psiquiátricos, determinan el curso de sus comportamientos. ¹³

Conociendo que en la mayoría de los casos estas ideas no se presentan de forma espontánea y que por lo general el individuo da algún tipo de advertencia, comúnmente manifestando algún cambio de conducta, nuestro propósito con esta investigación es identificar precozmente los adolescentes que se encuentran en riesgo de presentar una conducta suicida en esta etapa tan crucial de la vida de una persona. ¹³

De acuerdo con Cañón, el suicidio en niños y adolescentes, es uno de los temas menos tratados en la literatura y todo indica que va en aumento. El suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes estadounidenses. Igualmente, en Latinoamérica la mayor incidencia de conducta suicida se presenta en jóvenes entre los 15 y 19 años. Este incremento hace necesaria la clara identificación de adolescentes que se encuentren en riesgo de la conducta suicida. ³

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la conducta suicida en sus diferentes formas constituye un serio problema de Salud Pública, ya que se encuentra dentro de las 10 primeras causas de mortalidad general y dentro de las tres primeras causas de muerte entre los adolescentes y adultos jóvenes.²

Existen varios enigmas considerables en la vida humana y el suicidio es uno de ellos, nadie conoce realmente por qué un ser humano se priva de la vida, y la afirmación de que no hay motivo alguno que sea válido para asumir esa conducta, no resiste ninguna objeción. Desentrañar los misterios que emanan de la conducta suicida es parte de la ciencia de hoy.⁵

En los adolescentes, se han detectado patrones conductuales que pueden ser indicadores de riesgo suicida, como las manifestaciones depresivas, el aislamiento y el descontento con el medio. El riesgo suicida puede definirse como la predicción, con base en la experiencia previa y actual del sujeto, de su potencial auto destructivo.¹³

En la adolescencia se incrementa la carga de presiones o responsabilidades individuales, que unido a la inexperiencia e inmadurez generan tropiezos que pueden traducirse en momentos de angustia, soledad y frustración, que propician factores de riesgo para cometer un acto suicida.⁵

En el informe subregional de suicidio, Centroamérica y República Dominicana, la Organización Panamericana de la Salud (2011), describe que la República Dominicana tenía la cuarta tasa más alta de suicidios al final del periodo comprendido desde el año 1988 hasta el año 2008, con 5.57 suicidios por 100,000 habitantes al año 2008. Para una tasa de 4.10 suicidios por 100,000 habitantes en el grupo etario de 15 a 24 años de edad.¹⁴

La tasa de suicidios en la República Dominicana ha ido en aumento a lo largo de los años, según datos de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) para el año 2015 fue de 5.5 suicidios por 100,000 habitantes, y ya para el año 2016 esta cifra aumentó a 6.2 casos de suicidios por 100,000 habitantes.¹⁵

Entre la población de adolescentes y jóvenes la ONE reportó para el año 2015 un total de 111 casos de suicidios, de los cuales 13 casos correspondieron a menores de 15 años y 98 casos entre los de 15 a 24 años.

Del total de casos, 78 casos correspondieron a la población masculina, y 33 a la femenina.¹⁵

Se hace imperativo el estudio del comportamiento suicida, sobre todo en los jóvenes y adolescentes, quienes en los recientes estudios^{3, 4, 13} han sido la población prevalente.

A partir de las consideraciones presentadas y los efectos adversos que genera esta problemática se plantea la pregunta ¿Cuál es el riesgo de suicidio en los adolescentes del Colegio Adventista Metropolitano, en el periodo junio 2017 – mayo 2018?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar el riesgo de suicidio en adolescentes del Colegio Adventista Metropolitano en el periodo junio 2017- mayo 2018.

III.2. Específicos

1. Determinar el sexo con mayor riesgo asociado a suicidio.
2. Identificar la edad con mayor riesgo asociado a suicidio.
3. Conocer el grado escolar con mayor riesgo asociado a suicidio.
4. Describir la relación entre las ideación e intencionalidad suicida y el sexo.
5. Describir la relación entre ausencia de circunstancias protectoras y sexo.
6. Conocer la relación entre malestar personal psicológico y sexo.
7. Describir la relación entre depresión y desesperanza y el sexo.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Adolescencia

El término adolescencia proviene del latín *adolescere*, *adolescens* que significa crecer hacia la adultez y puede ser definido como la etapa del desarrollo ubicada entre la infancia y la adultez en la que ocurre un proceso creciente de maduración física, psicológica y social que lleva al ser humano a transformarse en un adulto. ¹⁶

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia se define como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que sucede después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, tratándose de una de las etapas más importantes de transición en la vida de un individuo, caracterizada por un ritmo acelerado de crecimiento y cambios.¹⁶

IV.1.1. Clasificación

IV.1.1.1. Adolescencia temprana

Esta etapa comprende las edades de 10-13 años y se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. Durante esta, el individuo desarrolla preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, es frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad, por lo que los conflictos con la familia, maestros u otros adultos son más marcados. ¹⁶

IV.1.1.2. Adolescencia intermedia

Comprendida entre los 14-16 años, está caracterizada por el rápido crecimiento cognitivo que a su vez se caracteriza por un incremento de las habilidades de pensamiento abstracto, razonamiento y de la creatividad, de forma que el individuo ya no acepta la norma, sino hasta conocer el principio que la rige. El hecho central en este período es el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento al grupo de pares, lo que implica una profunda reorientación en las relaciones interpersonales, con consecuencias no solo para el adolescente sino también para sus padres. En esta etapa imperan la

impulsividad e individualidad, sin embargo, la autoimagen es muy dependiente de la opinión de terceros. ¹⁶

IV.1.1.3. Adolescencia tardía

Este periodo incluye a los individuos entre las edades de 17-19 años. En esta fase se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, aquí el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual, por lo que está muy cerca de ser un adulto joven. ¹⁶

Existe un pensamiento abstracto firmemente establecido y si las experiencias educativas han sido adecuadas, se alcanza el pensamiento hipotético-deductivo propio del adulto, aumenta la habilidad para predecir consecuencias y la capacidad de resolución de problemas. ¹⁶

IV.1.1.4. Pubertad

Es un término empleado para identificar los cambios somáticos dados por la aceleración del crecimiento y desarrollo. Es la aparición de la maduración sexual y de los caracteres sexuales secundarios. No es un proceso exclusivamente biológico, sino que está interrelacionado con factores psicológicos y sociales. ¹⁷

IV.1.1.5. Juventud

Comprende el periodo entre 15 y 24 años de edad, es una categoría sociológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y a la toma de responsabilidad, es por ello que la condición de juventud no es uniforme, varía de acuerdo al grupo social que se considere. ¹⁷

IV.1.2. Característica de la adolescencia

La adolescencia, con independencia de las influencias sociales, culturales y étnicas se caracteriza por eventos universales, que necesitan ser identificados para determinar la normalidad de dichas manifestaciones y evitar que sean consideradas como aspectos o conductas patológicas.

Algunas de estas manifestaciones son:

- Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambios de la forma y dimensiones corporales.
- Aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcado en el varón, acompañado de un aumento en la capacidad de transportación de oxígeno
- Incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, que permiten neutralizar de manera más eficiente los productos químicos derivados de la actividad muscular, también se produce un incremento y maduración de los pulmones y el corazón, teniendo por tanto un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.
- El incremento de la velocidad de crecimiento, los cambios en la forma y dimensiones corporales, los procesos endocrino-metabólicos y la correspondiente maduración, no siempre ocurren de manera armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, que pueden generar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.
- El desarrollo sexual está caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el inicio de la capacidad reproductiva.
- Búsqueda de sí mismos y de su identidad, necesidad de independencia.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto. Las necesidades intelectuales y la capacidad de utilizar el conocimiento alcanzan su máxima eficiencia
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
- Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y constantes fluctuaciones de su estado anímico.
- Relaciones conflictivas con los padres que oscilan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.
- Actitud social reivindicativa: en este período, los jóvenes se hacen más analíticos, comienzan a pensar en términos simbólicos, formular hipótesis, corregir falsos preceptos, considerar alternativas y llegar a

conclusiones propias. Se elabora una escala de valores en correspondencia con su imagen del mundo.

- La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.
- Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida.

IV.1.3. Perfil del adolescente suicida

El adolescente, es un individuo inexperimentado e inmaduro que adquiere nuevas y mayores responsabilidades individuales que generan en él mismo un estrés emocional, al que es incapaz de responder adecuadamente, manifestándose con momentos de angustia, soledad y frustración, lo que propicia factores de riesgo para el desarrollo de la conducta suicida.⁵

Entre las características de personalidad de los adolescentes suicidas se ha detectado impulsividad, dificultad para manejar la agresión y aislamiento social.¹⁸

En una investigación sobre el perfil personal de los adolescentes con ideas suicidas en España, Simón & Sanchís, descubrieron que tienen tendencia a la introversión, muestran dificultades a la hora de expresar sentimientos y hacer amigos porque no confían en la amistad de los otros. Al mismo tiempo que son vulnerables y emocionalmente lábiles cuando se enfrentan a situaciones difíciles, llegando a negarse al placer, intensificando aspectos negativos de su vida. En la línea de las preocupaciones que expresan se sienten inseguros consigo mismos, desanimados, confundidos con su identidad y no se aceptan. Han sufrido situaciones violentas, de abusos, de estrés en la familia y la falta de comunicación y afecto, situaciones que les ha llevado a la no aceptación de su ser y del entorno. También muestran impulsividad/tensión e indecisión. El humor deprimido está presente y piensan en la propia muerte o en lesionarse como salida a sus situaciones de dolor.¹⁸

Generalmente los adolescentes que adoptan esta conducta provienen de familias desestructuradas, son víctimas del abandono, de agresión sexual y/o física, con carencias en el aspecto económico y con déficit sociales y culturales.¹⁰

Existen señales de alerta que pueden determinar el inicio de una conducta suicida, tales como, un estado de ánimo continuamente deprimido o desesperado; alteraciones en comer y dormir; bajo rendimiento escolar, aislamiento social gradual y una mayor incomunicación con las personas, ruptura en la comunicación con los padres y otras personas significativas en la vida del adolescente, antecedentes de intentos suicidas y comportamiento aparentemente temerario, autodestructivo, poco usual, como el uso frecuente de drogas o alcohol, así como el uso imprudente del automóvil. ¹⁰

IV.2. Suicidio

IV.2.1. Conceptualización

La palabra suicidio proviene del latín *Suicidium*, formado por *Sui* (de sí, a sí) y *Cidium* (acto de matar, del verbo *caedere* = cortar y matar), Siendo así la acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza. ¹⁹

Aunque el término más utilizado es suicidio, la palabra en sí no engloba la complejidad del fenómeno, por lo que es más apropiado utilizar el término conducta suicida. La conducta suicida abarca tanto el suicidio consumado como la ideación suicida y el intento de suicidio también llamado parasuicidio.²⁰

En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados. ²⁰

La conceptualización de la conducta suicida es compleja y algunos de los términos utilizados resultan poco operativos, tanto para la investigación como para la práctica clínica, por lo que ha sido necesaria la elaboración de definiciones más precisas que intentan concretar diferentes aspectos. O'Carroll *et al.* plantearon una nomenclatura de los pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio, adoptada por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de EE.UU. y considerada como una de las más operativas. En ella se diferencia entre ideación suicida, conducta

instrumental posteriormente clasificada como amenaza suicida, intento de suicidio y suicidio consumado. ²⁰

IV.2.1.1. Ideación suicida

Pensamientos sobre el suicidio (cogniciones). La ideación suicida se define como la aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia. ²¹

Siabato *et al* (2017) plantea que, aunque esta se puede considerar como el menor de los problemas en la conducta suicida, esta es la primera manifestación de la conducta, y por ende es un componente que tiene que ser tomado con importancia, para la identificación de riesgos suicidas y para implementar medidas de prevención. ²¹

IV.2.1.2. Amenaza suicida

Acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano. ²⁰

IV.2.1.3. Autolesión/gesto suicida

Conducta potencialmente lesiva auto infligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte auto infligida no intencionada) ²⁰

IV.2.1.4. Intento de suicidio

Conducta potencialmente lesiva auto infligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método. ²⁰

Blanca *et al* (2012) reconoce al intento de suicidio como una conducta suicida no mortal, que tiene una intención manipuladora o de placer más que para quitarse la vida. No obstante, esta conducta puede llegar a ser mortal para el individuo. ²²

IV.2.1.5. Suicidio consumado

Muerte auto infligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de auto provocarse la muerte

Engloba todo acto lesivo auto infligido que termine en muerte, pero no resulta fácil el determinar la intencionalidad suicida, y distinguir entre un suicidio verdadero de una muerte accidental, más si no existen previos indicadores del deseo del individuo, ya sea por comportamiento anterior o por una carta que explica las razones de su conducta. ²⁰

El comportamiento suicida entonces, es un proceso que varía desde el pensamiento que tiene el individuo de hacerse daño, hacia la planificación y la búsqueda de métodos para la realización del acto suicida, con el posterior intento de quitarse la vida, hasta llevar a cabo el acto de quitarse la vida, lo que se reconoce como suicidio consumado. ²²

IV.2.2. Epidemiología

El suicidio es considerado un problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que más de 800,000 personas se suicidan cada año, resultando así en un suicidio cada 40 segundos, cifras que resultan más alarmante cuando se tiene en cuenta que por cada persona que se quita la vida hay 20 que fallan en el intento. ²³

El suicidio es un fenómeno que afecta no solo a la familia de quien lo comete sino también al entorno social y al país. En el año 2015 constituyó el 1.4 por ciento de la carga global de mortalidad, situándose, así como la decimoséptima causa de muerte a nivel mundial. ²³

Siendo esto un problema que lejos de disminuir ha ido en aumento, que no solo está presente en países desarrollados, sino que ha llegado a afectar también el 78 por ciento de la población de escasos y medianos recursos. Constituye la segunda causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años de edad. Llegando a ser la población adolescente la más afectada por este fenómeno. ²³

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su reporte regional sobre mortalidad por suicidio en las Américas (2014) reporta que 65,000 personas se suicidan anualmente. Pero esta cifra puede ser subestimada, ya que la validez de los casos denunciados puede verse afectados por factores

socio culturales y religiosos que pueden comprometer la correcta notificación de los casos como suicidios.²⁴

El suicidio en las Américas representaba el 12.4 por ciento de las defunciones en el periodo 2005-2009. Siendo más frecuente en la subregión de América del Norte con un 19.5 por ciento. En América Latina y el Caribe, la tasa ajustada según la edad fue de 5.2 por 100,000 habitantes.²⁴

Aunque el suicidio se encuentra en todas las etapas de la vida, y afecta a ambos sexos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó al sexo masculino con la tasa más elevada de suicidios, representando el 79 por ciento de todas las defunciones por suicidio en la Región. Una de las razones que pueden explicar estas cifras, es que los hombres optan por medidas más letales para quitarse la vida, mientras que las mujeres presentan más casos de intentos de suicidios.²⁴

La edad resulta ser un factor de riesgo importante, se ha demostrado que son más elevados los casos en las personas de 70 años. En algunos países las tasas de suicidio son más elevadas entre jóvenes, y a nivel mundial el suicidio es la cuarta causa de muerte en jóvenes de 10 a 19 años.²³

Antes de la pubertad, el suicidio ha demostrado ser infrecuente. Aumentando de forma constante durante la adolescencia y en el inicio de la adultez. Se estima que cerca de 100,000 adolescentes se suicidan cada año y que por cada uno existen 5 a 45 intentos de suicidio y hasta un 25 por ciento de adolescentes reconoce haber tenido ideación suicida.⁶ Resultando el suicidio en un grave problema que va más allá de solo el suicidio consumado.⁶

En el informe subregional de suicidio, Centroamérica y República Dominicana, la Organización Panamericana de la Salud (2011), describe que la República Dominicana tenía la cuarta tasa más alta de suicidios al final del periodo comprendido desde el año 1988 hasta el año 2008, con 5.57 suicidios por 100,000 habitantes al año 2008. Para una tasa de 4.10 suicidios por 100,000 habitantes en el grupo etario de 15 a 24 años de edad.¹⁴

La tasa de suicidios en la República Dominicana ha ido en aumento a lo largo de los años, según datos de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) para el año 2015 fue de 5.5 suicidios por 100,000 habitantes, y ya para el

año 2016 esta cifra aumentó a 6.2 casos de suicidios por 100,000 habitantes.¹⁵

Entre la población de 15 a 24 años, la Oficina Nacional de Estadística reportó para el año 2015 un total de 98 casos de suicidio de entre los cuales 70 casos correspondieron a la población masculina, y 28 a la femenina.¹⁵

IV.2.3. Factores de riesgo

La conducta suicida no es fruto de una situación problemática aislada que lleva a la persona a decidir poner fin a su vida como medio de solución a la misma. Más bien es una entidad multifactorial, donde intervienen tanto factores intrínsecos del individuo, como familiares y sociales.²⁵

El conocimiento acerca de la conducta suicida ha aumentado enormemente en los últimos decenios. La investigación, por ejemplo, ha mostrado la importancia de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales en la determinación de los comportamientos suicidas. También se ha observado como los patrones culturales heredados y transmitidos por diferentes etnias (amerindios) y religiones pueden aumentar el riesgo de comportamientos suicida o prevenir contra estos.²⁵

En los adolescentes, a medida que aumenta la edad se incrementa la mortalidad y se hace necesario el trabajo de prevención y promoción de los factores de riesgo generales y específicos, para evitar y controlar los daños y trastornos en esta etapa de la vida y en particular la conducta suicida.⁵

Estos adolescentes generalmente provienen de familias desestructuradas, con carencias en el aspecto económico, déficit sociales y culturales, alteraciones en las relaciones dentro y fuera del grupo familiar, o lo que se pudiera llamar familias multiproblemas, o familias que por sus características intrafamiliares y/o por el entorno en que viven pueden calificarse de alto riesgo, con pobreza educacional, y de exposición a situaciones familiares adversas.⁵

Overholser cita que los eventos de la vida adversos pueden disparar un acto suicida sobre todo en individuos que poseen una vulnerabilidad al suicidio. El evento adverso funciona como efecto disparador que empuja al individuo hacia el comportamiento suicida en un intento desesperado por

enfrentar estas reacciones emocionales intensas y son percibidos como un reflejo de su pérdida, humillación, vergüenza o fracaso. ²⁶

Los factores de riesgo constituyen situaciones, condiciones o eventos que en conjunto pueden aumentar la probabilidad de que una persona emita conductas voluntarias y conscientes dirigidas a causarse la muerte. La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta. ²⁰

IV.2.3.1. Factores de riesgo individuales

IV.2.3.1.1. Edad

Los intentos de suicidio y suicidios consumados antes de la pubertad son excepcionales y se incrementan con la entrada en la adolescencia (sobre todo asociados a los trastornos del estado de ánimo y al abuso de sustancias). Lo cual demuestra una tendencia uniforme y global por ser la etapa de la adolescencia de crisis, en la que se desarrollan toda una serie de cambios para entrar en la adultez y es en esta donde se toman decisiones importantes en la vida de las personas. ³

En la región, las tasas de suicidio muestran un primer pico entre los jóvenes, permanecen en el mismo nivel para otros grupos de edad y se incrementan de nuevo en las personas de edad avanzada. ²⁵

IV.2.3.1.2. Sexo

De forma general el suicidio es más frecuente en el sexo masculino, aunque las mujeres realizan más intentos de suicidio. En España las tasas de suicidio son aproximadamente tres veces más altas en varones, tanto en la adolescencia como en los otros grupos de edad. ⁶

Aunque las mujeres adolescentes tienen un mayor riesgo de depresión que los varones, éstos suelen ser más agresivos e impulsivos que ellas. ⁶

IV.2.3.1.3. Factores psiquiátricos

Más del 90 por ciento de los adolescentes que se suicidan, presentan algún tipo de trastorno mental en el momento del suicidio, y se estima que más del 50 por ciento presentaron un trastorno mental en los dos años

previos al suicidio. Esto es así para los adolescentes de mayor edad, aunque parece que en adolescentes más jóvenes las tasas de psicopatología en el momento del suicidio podrían ser menores aproximadamente el 60 por ciento.²⁰

Entre los trastornos mentales asociados a la conducta suicida, se destacan:

IV.2.3.1.3.1. Depresión mayor

La depresión mayor se caracteriza por tristeza persistente (que en niños puede manifestarse con irritabilidad) y una pérdida evidente de interés y placer en las actividades habituales.⁶

El DSM-V describe la depresión mayor como el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer. Donde son frecuentes los sentimientos de no valer para nada y de desprecio por uno mismo, con idea de auto anulación que se centran en poner fin a la propia vida debido al sentimiento de inutilidad, de no ser digno de vivir o de ser incapaz de hacer frente al dolor de la depresión.²⁷

Dentro de los síntomas diagnósticos figuran también la disminución o el aumento del consumo de alimentos (asociado en ocasiones con cambios en el peso), el insomnio o la hipersomnia, la agitación o la ralentización psicomotriz, el cansancio o la pérdida de energía la mayoría de los días, los sentimientos de inutilidad y de culpa excesiva, la disminución de la capacidad de concentración y los pensamientos recurrentes de muerte, con o sin ideación suicida.⁶

La depresión conlleva a tener una visión distorsionada del mundo, pensamientos negativos sobre sí mismo, sobre-generalización, excesiva autocrítica, baja tolerancia a la frustración y baja autoestima, estas situaciones hacen que los jóvenes sean más vulnerables para generar pensamientos y conductas suicidas, unido a esto que tengan una familia en la cual se sientan excluidos.²⁸

La posibilidad de una conducta suicida existe durante todo el tiempo que duran los episodios de depresión mayor. El factor de riesgo que se ha descrito de manera más sistemática son los antecedentes de intentos o

amenazas de suicidio, pero habría que recordar que la mayoría de los suicidios consumados no se han precedido de intentos fallidos.²⁷

Se ha encontrado una relación sustancial entre depresión clínica en adolescentes y suicidio. Hasta un 60 por ciento de las víctimas presentan algún trastorno depresivo al momento de su muerte. Asimismo, entre un 40-80 por ciento de los adolescentes con intentos de suicidio cumplen con criterios diagnósticos para depresión. De hecho, la depresión es el predictor principal de ideación suicida.²⁵

IV.2.3.1.3.2. Trastorno bipolar

El trastorno bipolar se caracteriza por una alternancia de depresión y manía (una presentación típica en adultos) o una variación cíclica rápida del estado de ánimo, que puede tener la apariencia de una depresión irritable y una alteración de la regulación del afecto. La variante cíclica rápida mixta es más frecuente en niños y adolescentes jóvenes.⁶

Aunque el trastorno bipolar es poco frecuente antes de la pubertad, los niños y adolescentes con trastorno bipolar tienen altas tasas de conducta suicida. Los intentos de suicidio a esta edad se han asociado con mayor frecuencia a episodios mixtos y presencia de síntomas psicóticos, aunque en el caso de trastorno bipolar I se ha detectado un mayor número de intentos de suicidio que en otras formas de trastorno bipolar.²⁰

Se estima que el riesgo de suicidio a lo largo de la vida de los pacientes con trastorno bipolar es 15 veces superior al de la población general. De hecho, el trastorno bipolar supone un cuarto de todos los suicidios consumados. La historia previa de intentos de suicidio y el porcentaje de días con depresión en el último año se asocian a un mayor riesgo de intentos de suicidio o suicidios consumados.²⁷

El riesgo de suicidio es mayor en el trastorno bipolar II. Aproximadamente, un tercio de los pacientes con trastorno bipolar II refiere antecedentes de intento de suicidio. Las tasas de prevalencia del intento de suicidio en el trastorno bipolar II y en el trastorno bipolar I a lo largo de la vida parecen similares (32.4 % y 36.3 %, respectivamente).²⁷

Sin embargo, la letalidad de los intentos, definida por una menor tasa de intentos con respecto a los suicidios consumados, es mayor en los pacientes con trastorno bipolar II que en los pacientes con trastorno bipolar tipo I. ²⁷

IV.2.3.1.3.3. Esquizofrenia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esquizofrenia se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más comunes son el hecho de oír voces y los delirios. ²⁹

En la esquizofrenia infantil, los síntomas más importantes comprenden los trastornos del pensamiento, el discurso desorganizado, los delirios y las alucinaciones. La prevalencia de la esquizofrenia en adultos es del uno por ciento. La edad habitual de aparición es el final de la adolescencia o el principio de la edad adulta. La esquizofrenia de aparición precoz (prepuberal o al principio de la adolescencia) es rara. ⁶

Aproximadamente, el 5-6 por ciento de los individuos con esquizofrenia fallece por suicidio, alrededor 20 por ciento intenta suicidarse en al menos una ocasión y muchos más tienen ideación suicida significativa. El comportamiento suicida a veces responde a alucinaciones que ordenan hacerse daño a uno mismo, o a otros. El riesgo de suicidio se mantiene alto a lo largo de toda la vida en los varones y en las mujeres, aunque podría ser especialmente elevado en los varones jóvenes con consumo comórbido de sustancias. ²⁷

IV.2.3.1.3.4. Trastorno límite de la personalidad (TLP)

Las personas con TLP se caracterizan por una dificultad asociada a la regulación afectiva, lo que se manifiesta en un estado de ánimo impredecible y caprichoso, exhibiendo frecuentes arrebatos de ira y violencia que terminan en crisis emocionales intensas y autodestructivas. Además, se acompaña de baja tolerancia a la frustración, imagen corporal distorsionada, percepción dicotómica de sí mismos y los demás, y sentimientos crónicos de vacío. ³⁰

Las características típicas del trastorno de la personalidad límite son la inestabilidad de la imagen de sí mismo, de las metas personales, de las

relaciones interpersonales y de los afectos, acompañada por la impulsividad, el comportamiento de riesgo y/o la hostilidad.²⁷

Los intentos, gestos o amenazas recurrentes de suicidio o las conductas auto lesivas son la especialidad conductual de los pacientes límite. La presencia de este comportamiento ayuda a identificar un TLP comórbido en pacientes que acuden a la consulta por depresión o ansiedad. La tasa de suicidio en los pacientes con este tipo de trastorno se sitúa en el 8-10 por ciento.³¹

Rey Morillo (2015) describe un 37.5 por ciento en casos de automutilaciones-agresiones e intentos de suicidio. La alta incidencia de depresión, la impotencia, la ira, combinada con la impulsividad favorecen en estos jóvenes los intentos de suicidio.³¹

IV.2.3.1.3.5. Trastorno de ansiedad

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados.²⁷

La ansiedad ha sido identificada como un importante factor de riesgo de la conducta suicida, estudios plantean que la ansiedad, agregada a un cuadro clínico de ideación suicida, crea un particular sufrimiento al estado psicopatológico infantil, jugando de esta manera un rol amplificador en el desarrollo y/o la mantención de la ideación suicida.³²

IV.2.3.1.3.6. Trastorno dismórfico corporal

Los individuos con trastorno dismórfico corporal (históricamente conocido como dismorfofobia) están preocupados por uno o más defectos percibidos en su apariencia física, por lo que se ven feos, poco atractivos, anormales o deformes.²⁷

En los adultos y los niños/adolescentes con trastorno dismórfico corporal, las tasas de ideación suicida e intentos de suicidio son altas. Por otra parte, el riesgo de suicidio parece alto en los adolescentes. Una proporción

sustancial de individuos atribuyen las ideas suicidas o los intentos de suicidio principalmente a sus preocupaciones sobre la apariencia.²⁷

Los individuos con trastorno dismórfico corporal tienen muchos factores de riesgo para el suicidio consumado, como el alto índice de ideación suicida, los intentos de suicidio, las características demográficas asociadas con el suicidio y las elevadas cifras de trastorno depresivo mayor comórbido.²⁷

IV.2.3.1.3.7. Abuso de sustancias

La tendencia al suicidio inducida por drogas o por un tratamiento supone un cambio notable en los pensamientos y la conducta de la persona con respecto a su situación basal, se asocia temporalmente al comienzo del uso de una sustancia y debe diferenciarse de los trastornos mentales primarios subyacentes.²⁷

El trastorno por consumo de alcohol es un factor importante para el riesgo de suicidio durante la intoxicación grave y en el contexto de un trastorno depresivo inducido por el alcohol. También existe una tasa elevada de comportamientos suicidas y de suicidios consumados en las personas con este trastorno.³³

El consumo de alcohol se ha visto relacionado con las conductas violentas en los adolescentes al hallar que los estudiantes que consumían alcohol tenían una tendencia hacia las agresiones de carácter grave o severo, en contraposición a aquellos que afirmaron no consumir alcohol, que mostraron un menor número de conductas violentas. La impulsividad y el consumo de alcohol se han relacionado también con el riesgo de suicidio en adolescentes cuando a esta ecuación se añade el sentimiento de soledad.³³

IV.2.3.1.3.8. Intento de suicidio previo

La historia de intentos de suicidio antes de la pubertad es un factor de riesgo importante, sobre todo en varones. Además, los niños y adolescentes que intentan suicidarse tienen mayor riesgo de suicidio, muerte violenta y dificultades psicosociales a los 5 y 10 años tras el primer intento.²⁰

IV.2.3.2. Factores familiares y contextuales

IV.2.3.2.1. Factores socioculturales y sociodemográficos

El bajo estatus socioeconómico, el poco nivel educativo y el desempleo en la familia son considerados factores de riesgo para el suicidio en los jóvenes, ya que limitan su participación social. Estos factores culturales se vinculan con la escasa participación en las actividades tradicionales de la sociedad.²⁵

El crecimiento individual de cada joven se entrelaza con la tradición cultural colectiva; los niños y los jóvenes que carecen de raíces culturales tienen marcados problemas de identidad y carecen de un modelo para la resolución de conflictos. En algunas situaciones de estrés pueden recurrir a comportamientos autodestructivos tales como el intento de suicidio o el suicidio.²⁵

IV.2.3.2.2. Acontecimientos vitales estresantes

El trauma psicológico temprano puede ser entendido como el efecto causado por un impacto emocional tan significativo que el sujeto no es capaz de tramitarlo por medios normales llegando a constituirse en una enfermedad.³⁴

El trauma temprano se genera de aquellas experiencias y aprendizajes negativos vivenciados durante la infancia los cuales pueden llegar a perturbar el equilibrio emocional del infante. De este modo se entiende como aquella reacción psicológica como consecuencia de un suceso traumático. Cualquier acontecimiento de este tipo quiebra el sentimiento de seguridad de la persona en sí misma y en los demás seres humanos.³⁴

Uno de los mayores detonantes del suicidio son los problemas de salud mental que se originan de las experiencias traumáticas en la infancia como lo son el abuso físico, el abuso sexual y psicológico.³⁴

Cargar con traumas de la infancia se convierte en un factor determinante aumentando el riesgo para el suicidio, bien sea producto de malos tratos físicos o psicológicos, abusos sexuales, abandono o negligencias en su cuidado.³⁴

IV.2.3.2.3. Acoso por iguales

El acoso escolar afecta a un gran número de niños y abona el terreno para la aparición posterior de depresión, suicidio, problemas conductuales y trastornos psicosomáticos en los niños.¹⁰

Durante los últimos años se ha incrementado el acoso y maltrato por *bullying*, esto es, el acoso físico o psicológico al que puede verse sometido un alumno por sus compañeros, con unas cifras a nivel mundial que apuntan a que lo sufren alrededor de 24 millones de niños y jóvenes al año, bien en forma de acoso o intimidación en el colegio, que sigue siendo el tipo más frecuente, bien en forma de nuevas vertientes como el *bullying* electrónico o *cyberbullying* (extendido principalmente en Estados Unidos, Reino Unido, España, Francia, Holanda y Rusia), así como el *sexting*, o difusión de imágenes o vídeos de alto contenido erótico con el objetivo de humillar a la víctima.¹⁰

IV.2.3.3. Otros factores de riesgo

IV.2.3.3.1. Orientación sexual

El inconformismo de género y las cuestiones de identidad relativas a orientación sexual constituyen también factores de riesgo para el comportamiento suicida sobre todo en una cultura homofóbica.²⁵

La homosexualidad ha sido relacionada con un aumento del riesgo de suicidio en la adolescencia. En un estudio se encontró que los adolescentes con conducta suicida y atracción sexual hacia su mismo sexo, presentaron mayores niveles de ansiedad que la población general y mayor probabilidad de haber visitado a un profesional de salud mental antes de su fallecimiento.²⁰

IV.2.3.3.2. Abuso sexual

Con relación al abuso sexual se han reportado como efectos a largo plazo problemas tales como estrés postraumático, la depresión, la ideación y el intento de suicidio, la inestabilidad emocional, cefaleas, trastornos gastrointestinales, disfunciones sexuales adicción al alcohol y sustancias psicoactivas, victimización sexual posterior y maltrato por parte de la pareja.²⁵ Se ha identificado que el malestar depresivo y la ideación suicida fueron significativamente más frecuentes en mujeres que habían sido víctimas del

abuso sexual, y en los varones y en las mujeres que habían intentado suicidarse.²⁵

Las experiencias traumáticas como lo son el abuso de tipo físico, psicológico y el de tipo sexual bien sea por penetración vaginal o anal, presenta una fuerte relación con actos de suicidio, ya sea fallido o consumado. Según estudios epidemiológicos, se le atribuye un porcentaje cerca al 20 por ciento al riesgo de realizar un acto suicida a la población víctima de abuso sexual.³⁴

IV.2.4. Factores protectores

Los factores protectores disminuyen la probabilidad de que surja una conducta suicida, mediante la reducción a la exposición de la persona al riesgo o la atenuación del efecto de los factores de riesgo.

Entre los factores protectores comúnmente señalados que podría ayudar en la prevención del suicidio destacan el proporcionar un tratamiento efectivo y apropiado para los trastornos (tanto físicos como mentales), establecer redes de apoyo familiares y en la comunidad, dificultar el acceso a métodos letales, así como el entrenamiento en la resolución de problemas.¹⁰

La existencia de un buen funcionamiento familiar es uno de los factores protectores más sólidos. Los adolescentes de familias con alta cohesión y bajo nivel de conflictos son los que presentan menores probabilidades de realizar un intento de suicidio.²⁰

Entre los factores protectores que han sido descritos podemos citar:

- Apoyo familiar, comunitario y/o grupo de iguales.
- Nivel educativo.
- Sexo femenino.
- Auto concepto positivo.
- Autocontrol emocional.
- Valores y actitudes positivas hacia el suicidio.
- Buena autoestima.
- Habilidad para formar razones para vivir.
- Estrategias de afrontamiento positivas.

IV.2.5. Valoración de riesgo de suicidio

Estimar el grado de riesgo de suicidio en la población adolescente resulta de gran importancia. El reconocimiento de las variables cuantificables que han sido demostradas como factores de riesgo para el desarrollo de la conducta suicida es de suma importancia para la prevención de la misma.²⁰

Cabe destacar, que no existe evidencia de que la evaluación sobre la presencia de ideación y conducta suicida aumente el riesgo de suicidio o el malestar en adolescentes, y por el contrario además de su finalidad diagnóstica, podría mejorar los niveles de ansiedad y ayudar a que el adolescente se sienta mejor comprendido.²⁰

Existen diferentes instrumentos con la finalidad de identificar la presencia de elementos que aunados pueden determinar el nivel de riesgo de suicidio en el objeto de estudio.

Aunque la herramienta esencial en la valoración del riesgo de suicidio es la entrevista clínica, la utilización de escalas puede ser de gran ayuda para los profesionales en la evaluación. Los cuestionarios auto aplicados pueden ofrecer información adicional, sobre todo en casos de actitudes negativistas o en los que existan dificultades para comunicar verbalmente las ideas de suicidio, en las que otra modalidad podría no obtener la información de ideación suicida.²⁰

Aunque existe una amplia lista de estos instrumentos, que igual pueden ser llamados escalas, pocos han sido desarrollados para la valoración del riesgo suicidio específicamente en la población adolescente. No obstante, se han creado adaptaciones de escalas que originalmente fueron desarrolladas para la población adulta, haciendo posible una valoración más exacta del comportamiento suicida en este grupo etario.³⁵

Entre los instrumentos que han resultado útiles en la valoración de la conducta suicida:

- Cuestionario de Riesgo suicida (RSQ; Horowitz, Wang, Koocher y Burr, 2001), detecta el riesgo y la conducta suicida en niños y adolescentes.
- Cuestionario de Ideación Suicida (SIQ; Horowitz et al, 2001), detecta el riesgo suicida en niños y toma de decisiones de personal no especializado.

- Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, 1961), evalúa sintomatología de depresión.
- Escala de Desesperanza de Beck (BHS; Beck, Weissman y Lester, 1974), evalúa el grado de desesperanza, que resulta ser un indicador de riesgo de suicidio.
- Escala de Intencionalidad Suicida (SIS; Beck, Weissman y Lester, 1974), detecta el grado de intencionalidad suicida.
- Escala de Ideación Suicida (SSD; Beck, Kovaca y Weissman, 1979), evalúa variantes cognitivas con relación al riesgo de suicidio.
- Inventario de Riesgo suicida para Adolescentes (IRISA; Hernández y Lucio, 2003), detecta el grado de riesgo de suicidio en adolescentes.
- Escala de Acontecimientos Vitales de St. Paul Ramsey (*St. Paul Ramsey Life Experience Scale*; Rush, First y Blacker, 2000), recoge un listado de experiencias, problemas y grado de impacto sobre la persona.
- Escala de Evaluación del Suicidio (SUAS; Träskman-Bendz y Stanley, 1986).

IV.2.6. Tratamiento

Teniendo en cuenta que el suicidio es una de las principales causas de muerte en la adolescencia, la valoración de esta conducta debe formar parte de toda visita de atención sanitaria durante esta etapa de la vida.²⁰

Existen datos acerca de que las personas con alguna conducta suicida que solicitan ayuda médica no comentan sus pensamientos suicidas o sus síntomas de depresión, por lo que realizar una anamnesis psiquiátrica cuidadosa y una exploración del estado mental son necesarias para valorar el riesgo de consumación del suicidio.⁶

Una estrategia terapéutica debe ser instaurada al momento en el que el adolescente exprese la intención de cometer un acto suicida. No existe un orden específico en cuanto a las diferentes opciones terapéuticas, ya que su implementación depende del juicio del profesional de la salud, que evalúa la condición, y dependiendo de la gravedad del caso, considerara la combinación de la modalidad de tratamiento.²⁰

Las opciones terapéuticas se pueden clasificar en tres grupos generales: psicoterapia, terapia farmacológica y terapia electroconvulsiva.

IV.2.6.1. Psicoterapia

La psicoterapia se puede definir como el tratamiento de naturaleza psicológica de los trastornos emocionales, de conducta y de la personalidad, que implica la comunicación entre paciente y terapeuta y que emplea métodos con una fundamentación teórica.²⁰

Según Korchin la psicoterapia es cualquier aplicación intencionada de técnicas psicológicas por parte de un profesional clínico con el fin de llevar a cabo los cambios de personalidad o conducta deseados.²⁰

Wolberg planteo que la psicoterapia es el tratamiento por medios psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, en el cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objeto de; a) eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, b) mediatizar patrones de conducta perturbados y c) promover el crecimiento positivo de la personalidad y el desarrollo.²⁰

Strupp la definió como un proceso interpersonal destinado a promover el cambio de sentimientos, cogniciones, actitudes y conductas, que han resultado problemáticas para el individuo que busca ayuda de un profesional entrenado.²⁰

Como es evidente existen diferentes conceptos y técnicas de psicoterapia que derivan de explicaciones o teorías particulares de la psicopatología, sin embargo, todas se basan en la relación entre terapeuta y paciente, que por medio de técnicas psicológicas específicas promueven la modificación de ideas y comportamientos de un individuo, buscando una mejoría en la salud del mismo.²⁰

De las técnicas psicoterapéuticas utilizadas para tratar la conducta suicida, es necesario mencionar las siguientes:

IV.2.6.1.1. Terapia cognitivo-conductual

Se denominan terapias de corte cognitivo-conductual a aquellas modalidades de terapia que comparten técnicas cognitivas y emplean de forma sistemática técnicas conductuales.²⁰

Esta modalidad terapéutica parte de la reestructuración cognitiva como técnica fundamental para el cambio, pero al mismo tiempo incluye una variedad de técnicas conductuales que tienen como finalidad ayudar a completar dicho cambio. La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con el objeto de intervención, que puede ser la depresión, la conducta suicida, entre otras. La activación conductual es también un aspecto clave de la terapia cognitiva, haciendo un especial énfasis en la relación entre la actividad y el estado de ánimo. ²⁰

IV.2.6.1.2. Terapia dialectico-conductual

Es una modificación de la terapia cognitivo-conductual que fue desarrollada para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. ³⁵

Utiliza técnicas como entrenamiento en habilidades sociales, tareas comportamentales, escalas de síntomas y análisis del comportamiento que están centradas en la búsqueda de cambio conductual, pero adiciona estrategias de aceptación o de validación que buscan transmitir a los pacientes la idea de que ellos son aceptables tal y como son, y que sus comportamientos (aun los de automutilación) tienen sentido y son susceptibles de ser comprendidos. A partir de esta aceptación se empieza a construir una estrategia de cambio, para que puedan desarrollar una vida significativa, con sentido para ellos. ³⁶

IV.2.6.1.3. Terapia interpersonal

Aborda principalmente las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto social inmediato del paciente. Los síntomas y el malestar se relacionan con la situación del paciente en una formulación que comprende una o más de las siguientes aéreas: duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficits interpersonales. Las sesiones de terapia están estructuradas y se centran en facilitar la comprensión de los sucesos más recientes en términos interpersonales y en la exploración de formas alternativas de manejar dichas situaciones. ²⁰

IV.2.6.1.4. Terapia familiar

La terapia familiar hace de las relaciones familiares el foco principal de su intervención. En esta se entiende la familia como un sistema en el que todos los miembros están interrelacionados, de forma que, si uno de los miembros presenta un problema, los demás miembros participan de alguna forma en su generación, mantenimiento y resolución. Se trata por tanto de un modelo que trata de comprender y encuadrar el comportamiento individual (que deja de ser el foco principal de intervención) en el contexto de las interacciones entre los diferentes miembros de la familia.²⁰

IV.2.6.2. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico debe incluir tanto la patología subyacente como aquellos síntomas que puedan actuar como factores de riesgo adicional (ansiedad, insomnio, impulsividad, etc.).²⁰

De los fármacos disponibles para el manejo de trastornos asociados a la conducta suicida se mencionan los siguientes:

IV.2.6.2.1. Antidepresivos

Son fármacos psicotrópicos cuyas propiedades serotoninérgicas y catecolaminérgicas les confieren eficacia contra trastornos afectivos (Trastorno depresivo, trastorno Bipolar, etc.), trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad, entre otros, condiciones que han sido señaladas como propiciadoras de la impulsividad y la agresividad, vinculadas a menudo con la conducta suicida. A pesar de que aún no existe evidencia, los Inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) y en concreto la fluoxetina podría tener un efecto inhibitor de las ideas suicidas y sobre la impulsividad.³⁷

IV.2.6.2.2. Eutimizantes o estabilizadores del ánimo

Son fármacos utilizados para el tratamiento de las alteraciones del estado de ánimo manifiestos en los trastornos esquizoafectivos y bipolar, ya que reducen la frecuencia y la severidad de los episodios maníacos, hipomaníacos, depresivos o mixtos en pacientes con estas condiciones, y que además resultan útiles para el manejo del trastorno límite de la

personalidad en el cual también existen oscilaciones anímicas, de menor intensidad y duración que en el trastorno bipolar pero con frecuencia mucho más volátiles, rápidas e impredecibles. Mosquera (2016) describe que el litio ha demostrado ser un fármaco efectivo para la reducción del riesgo suicida en el trastorno de bipolaridad.³⁷

IV.2.6.2.3. Neurolépticos

Los fármacos antipsicóticos son un conjunto de moléculas activas de naturaleza química muy heterogénea que, aunque poseen propiedades individuales, comparten una acción anti dopaminérgica sobre el sistema nervioso central. Estas drogas son capaces de disminuir o erradicar los síntomas psicóticos positivos como son las alucinaciones, ideas delirantes, desorganización de la conducta y el lenguaje. También funcionan como estabilizadoras del ánimo, tienen incidencia sobre la manía, la hipomanía y la depresión. Además, son capaces de producir sedación y disminuir la ansiedad.³⁷

IV.2.6.3. Terapia electro convulsiva (TEC)

Esta terapia consiste en provocar una crisis comicial generalizada mediante la estimulación eléctrica de áreas cerebrales. Ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de ciertos trastornos mentales, como la depresión mayor grave, la manía y la esquizofrenia.²⁰

IV.2.7. Prevención

La prevención del suicidio requiere de la participación coordinada y articulada de diferentes actores de la sociedad; las familias, las secretarías de salud, las secretarías de educación y otras instituciones en un trabajo conjunto.³⁸

Teniendo en cuenta el aumento en la incidencia de la conducta suicida en todo el mundo es importante aumentar las intervenciones y estudios sobre la prevención de este fenómeno, aprovechando los espacios académicos para capacitar a los educadores y padres de familia en la identificación de factores de riesgo.³⁸

Las medidas necesarias para prevenir esta conducta son diversas y deben ser contextualizadas, sin embargo, algunas estrategias son universales.

IV.2.7.1. Medidas orientadas al paciente

- ✓ Comprobar la presencia de armas de fuego en todos los hogares, y la posterior regulación de estas.
- ✓ Identificación de los antecedentes de enfermedad mental y abuso de sustancias en todos los pacientes.
- ✓ Comprobación de la presencia de ideas suicidas en los individuos que han experimentado recientemente una pérdida, una enfermedad física grave, o presentan otros factores de riesgo, ambientales o sociales.
- ✓ Comprobación de la presencia de factores de riesgo de suicidio y de enfermedad mental en los familiares de los pacientes con tendencia suicida.

IV.2.7.2. Medidas orientadas a la comunidad

- ✓ Limitar el acceso a los medios utilizados con mayor frecuencia para llevar acabo el suicidio.
- ✓ Mejora de la educación sanitaria respecto al suicidio, con el propósito de ayudar a los individuos a identificar cuándo y cómo han de solicitar una ayuda urgente en centros de crisis o líneas telefónicas de ayuda.
- ✓ Mejora de la formación de quienes actúan como «vigilantes», para que los miembros de la comunidad (maestros, sacerdotes, policías, consejeros de adolescentes) conozcan los factores de riesgo de suicidio y las estrategias de remisión de los pacientes.
- ✓ Mejora del acceso a los servicios de salud mental de la comunidad y de la calidad de los mismos.
- ✓ Mejorar el conocimiento sobre la epidemiología del suicidio y la conducta suicida.
- ✓ Desarrollar acciones formativas para profesionales de Salud mental dirigidas a la detección y la atención de las personas con conductas suicidas y riesgo asociados.

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio.	Años cumplidos	Numérica
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo.	Femenino Masculino	Nominal
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Primaria Secundaria	Ordinal
Tipo de familia	Conjunto de ascendentes, descendientes y demás personas relacionadas entre sí.	Nuclear Monoparental Extensa	Nominal
Riesgo suicida	Características individuales o ambientales que aumentan la probabilidad de que una persona pueda cometer un acto suicida.	Alto Por Intento Por Ideación Bajo	Ordinal
Adolescencia	Período de la vida de la persona comprendido entre la aparición de la pubertad, que marca el final de la infancia, y el inicio de la edad adulta.	Temprana Intermedia Tardía	Ordinal

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y prospectivo, con el objetivo de determinar el riesgo de suicidio en adolescentes del Colegio Adventista Metropolitano, junio 2017-mayo 2018. (Ver anexo XII.1. Cronograma).

VI.2. Área de estudio

El estudio fue realizado en el Colegio Adventista Metropolitano, ubicado en la calle Luis F. Thomen, No. 303 esq. Av. Dr. Fernando Arturo Defilló, ensanche Quisqueya, Distrito Nacional, República Dominicana. Delimitado, al Norte, por la calle Carmen Mendoza de Cornielle; al Sur, por la calle Dr. Fernando Arturo Defilló; al Este, por la calle Francisco Pratz Ramírez y al Oeste, por la calle Luis F. Thomen. (Ver mapa cartográfico y mapa aéreo).



Mapa cartográfico.



Mapa aéreo.

VI.3. Universo

Los 499 estudiantes inscritos en el Colegio Adventista Metropolitano en el año escolar 2017-2018.

VI.4. Muestra

La muestra fue constituida por 230 estudiantes, desde el primer al sexto grado de secundaria.

VI.5. Criterios

VI.5.1. De inclusión

1. Estudiantes que cursen desde el primer al sexto grado de secundaria.
2. Estudiantes de 10 a 19 años.
3. No se discriminará sexo.
4. Estudiantes que sus padres autoricen la participación en el estudio, mediante el consentimiento informado. (Ver anexo XII.2. Solicitud de consentimiento de padres, madres y/o tutores.)

VI.5.2. De exclusión

1. Negarse a participar en el estudio.
2. Estar ausentes el día de aplicación del instrumento de recolección de datos.
3. Llenado incorrecto del cuestionario.
4. Barrera del idioma.

VI.6. Instrumento de recolección de datos

El instrumento administrado constó de una sección para conocer los datos sociodemográficos de los estudiantes (edad, sexo, curso, con quien vive). Así también se utilizó el Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRISA) en su segunda versión (Hernández & Lucio, 2003).³⁹ (Ver anexo XII.3. Instrumento de recolección de datos)

El IRISA es un instrumento dirigido a la detección del Riesgo de comportamiento suicida. Se compone de un total de 50 reactivos tipo Likert, que están estructuradas en tres subescalas: a) Ideación e intencionalidad suicida (10 reactivos); b) Depresión y desesperanza (8 reactivos); c) Ausencia de circunstancias protectoras (6 reactivos); y un índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida (26 reactivos). Consta de tres reactivos críticos o significativos: Ideación suicida (reactivo 25), Plan suicida (reactivo 49) e Intento suicida previo (reactivo 50).³⁹

Por cada reactivo el adolescente debe responder en una escala de frecuencia de cinco puntos: a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas

veces d) Rara vez e) Nunca. Con respecto a cómo él/ella se ha sentido en el último año.

El IRIS clasifica al adolescente en 4 niveles de riesgo suicida:

- 1) Riesgo Alto: al endosar los tres reactivos críticos y *T-score* en las tres subescalas superior a 60.
- 2) Riesgo por Intento: al endosar el reactivo de intento y *T-score* superior a 60 en una de las tres subescalas.
- 3) Riesgo por Ideación: al endosar el reactivo de ideación y *T-score* superior a 60 en una de las tres subescalas.
- 4) Riesgo bajo (Alerta): elevación en el índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida con *T-score* superior a 60, sin la presencia de ningún reactivo crítico.
- 0) Sin Riesgo: No cumple con ninguno de los criterios antes mencionados.⁴⁰

VI.7. Procedimiento

Luego de obtenido el permiso por parte de la directora del Colegio Adventista Metropolitano (Ver anexo XII.4. Carta de autorización), se pasó por cada curso, desde primero hasta sexto de secundaria, a explicarles a los estudiantes acerca del estudio a realizar y a entregarles la circular para los padres, madres y/o tutores, para así obtener el permiso de participar (ver anexo XII.2. Solicitud de consentimiento de padres, madres y/o tutores). Al día siguiente, los sustentantes de la investigación, junto con 4 ayudantes entrenados en la aplicación de la encuesta, pasaron a la distribución del cuestionario. Se dividieron los encuestadores por sección de curso, para así administrar las encuestas de forma simultánea. En cada curso, se les explico a los alumnos que el cuestionario fue elaborado con la finalidad de conocer lo que piensan sobre algunos aspectos importantes de sus vidas y que todas las respuestas son confidenciales y no se mostrarán ni a los maestros ni a los padres, por lo que deberían responder con toda sinceridad. El estudio duro 20-25 minutos, dependiendo de la cantidad de estudiantes por grupo.

VI.8. Tabulación

Los datos obtenidos fueron procesados utilizando los programas IBM SPSS Statistics 22 y Microsoft Excel 2016.

VI.9. Análisis

Los datos recopilados fueron estudiados en frecuencia simple. Las variables que fueron susceptibles de comparación fueron estudiadas a través de la prueba del chi-cuadrado (χ^2) y la prueba t para muestras independientes, considerándose de significación estadística cuando $p < 0.05$.

VI.10. Consideraciones éticas

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁴¹ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁴²

El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión de la unidad de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la universidad a través de la Escuela de Medicina, así como a la Dirección del Colegio Adventista Metropolitano, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con los fines para esta investigación, manejados únicamente por los sustentantes.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron tratados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en las encuestas fueron protegidas en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente trabajo de grado, tomada en otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

VII. RESULTADOS

VII.1. Participación

El estudio fue dirigido a 257 estudiantes, a quienes se les aplicó el Inventario de riesgo suicida en adolescentes (IRISA). Se excluyeron 27 por presentar patrón de respuestas incongruentes o por haberse negado a la participación del estudio. Se incluyeron 230 estudiantes (89.9%).

VII.2. Características demográficas de la muestra

Como se muestra en la Tabla 1, de los estudiantes que participaron en el estudio, 58.3 por ciento fueron de sexo femenino, mientras el 41.7 por ciento, masculinos, de entre 12 a 18 años de edad ($X=14.87$; $DE=1.76$).

Tabla 1. Distribución de la muestra de acuerdo a edad y sexo. Colegio Adventista Metropolitano. Junio 2017- mayo 2018.

		Sexo:		
		Femenino	Masculino	Total
Edad(años):	Frecuencia	14	11	25
	12			
	% del Total	6.1	4.8	10.9
13	Frecuencia	22	14	36
	% del Total	9.6	6.1	15.7
14	Frecuencia	21	15	36
	% del Total	9.1	6.5	15.7
15	Frecuencia	25	23	48
	% del Total	10.9	10.0	20.9
16	Frecuencia	17	13	30
	% del Total	7.4	5.7	13.0
17	Frecuencia	28	15	43
	% del Total	12.2	6.5	18.7
18	Frecuencia	7	5	12
	% del Total	3.0	2.2	5.2
Total	Frecuencia	134	96	230
	% Total	58.3	41.7	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 49.6 por ciento de la muestra se encontraba en la adolescencia intermedia, según la definición de adolescencia propuesta por la Organización Mundial de la Salud. Mientras que el 26.5 por ciento

pertenecían a la adolescencia temprana, y el 23.9 por ciento restante a la tardía (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Clasificación de la muestra de acuerdo a etapas de la adolescencia. Colegio Adventista Metropolitano. Junio 2017- mayo 2018.

		Sexo:			
		Femenino	Masculino	Total	
Adolescencia:	Temprana	Frecuencia	36	25	61
		% del Total	15.7	10.9	26.5
	Intermedia	Frecuencia	63	51	114
		% del Total	27.4	22.2	49.6
	Tardía	Frecuencia	35	20	55
		% del Total	15.2	8.7	23.9
Total	Frecuencia	134	96	230	
	% Total	58.3	41.7	100.0	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De los seis niveles de secundaria que fueron estudiados, cuarto A y sexto B, constituyeron el mayor número de la muestra (11.7% y 10.4% respectivamente) (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Escolaridad de la muestra. Colegio Adventista Metropolitano. Junio 2017- mayo 2018.

		Frecuencia	%
Cursos:	Primero A	19	8.3
	Primero B	17	7.4
	Segundo A	18	7.8
	Segundo B	13	5.7
	Tercero A	16	7.0
	Tercero B	21	9.1
	Cuarto A	27	11.7
	Cuarto B	23	10.0
	Quinto A	18	7.8
	Quinto B	13	5.7
	Sexto A	21	9.1
	Sexto B	24	10.4
	Total	230	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En su mayoría, los adolescentes participantes reportaron una configuración familiar nuclear (mamá y papá) (63.9%), entre la configuración uniparental destaca que hay más familias donde no hay padre que en las que no hay madre, y solo un 3.0 por ciento de la muestra reporto vivir con un tutor.

Tabla 4. Composición familiar de la muestra. Colegio Adventista Metropolitano. Junio 2017- mayo 2018.

			Sexo:		
			Femenino	Masculino	Total
Vivo con:	Mamá y Papá	Frecuencia	84	63	147
		% del Total	36.5	27.4	63.9
	Solo mamá	Frecuencia	41	24	65
		% del Total	17.8	10.4	28.3
	Solo papá	Frecuencia	5	6	11
		% del Total	2.2	2.6	4.8
	Con un tutor	Frecuencia	4	3	7
		% del Total	1.7	1.3	3.0
Total		Frecuencia	134	96	230
		% Total	58.3	41.7	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

VII.3. Riesgo de suicidio

Según la escala de tamizaje del IRISA. del total de los encuestados, se identificaron 63 estudiantes (27.4%) con algún nivel de riesgo (3.5% riesgo alto; 11.3% riesgo por intento; 12.6% riesgo por ideación) y 19 estudiantes (8.3%) se encontraban en nivel de alerta o bajo riesgo. Mientras que 148 estudiantes (64.3%) no presentaron elevaciones en las subescalas del instrumento de tamizaje ni endosaron reactivo crítico alguno (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Niveles de riesgo suicida. Colegio Adventista Metropolitano. Junio 2017- mayo 2018.

	Frecuencia	(%)	Valido (%)	Acumulado (%)
Alto	8	3.5	3.5	3.5
Por intento	26	11.3	11.3	14.8
Por ideación	29	12.6	12.6	27.4
Bajo (Alerta)	19	8.3	8.3	35.7
Sin riesgo	148	64.3	64.3	100.0
Total	230	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Con relación al sexo, la prevalencia es mayor entre las adolescentes (17.4%) que entre los adolescentes (10.0%). Donde el riesgo por ideación fue el nivel de mayor elevación para ambos sexos (7.4% en las mujeres y 5.2% en los hombres). Mediante la prueba estadística del χ^2 , no se encontraron diferencias significativas entre el sexo y el nivel de riesgo ($\chi^2=0.999$; gl: 2; $p>0.05$) (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Niveles de riesgo suicida de acuerdo al sexo. Colegio Adventista Metropolitano. Junio 2017- mayo 2018.

		Sexo:			
		Femenino	Masculino	Total	
Riesgo suicida:	Alto	Frecuencia	6	2	8
		% del Total	2.6	0.9	3.5
	Por intento	Frecuencia	17	9	26
		% del Total	7.4	3.9	11.3
	Por ideación	Frecuencia	17	12	29
		% del Total	7.4	5.2	12.6
	Bajo (Alerta)	Frecuencia	11	8	19
		% del Total	4.8	3.5	8.3
	Sin riesgo	Frecuencia	83	65	148
		% del Total	36.1	28.3	64.4
	Total	Frecuencia	134	96	230
		% del Total	58.3	41.7	100.0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	.999 ^a	2	.607
Razón de verosimilitud	1.008	2	.604
Asociación lineal por lineal	.970	1	.325
N de casos válidos	230		

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7.93.

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En los estudiantes de 16 años se reportó mayor prevalencia de riesgo suicida alto (1.7%), mientras que en los alumnos de 15 y 17 años se encontró mayor nivel de riesgo por intento (2.2%), por ideación (3.9%) y alerta o bajo riesgo (2.2%) (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Niveles de riesgo suicida de acuerdo a la edad. Colegio Adventista Metropolitano. Junio 2017- mayo 2018.

		Riesgo suicida						
		Alto	Por intento	Por ideación	Bajo (Alerta)	Sin riesgo	Total	
Edad:	12	Frecuencia	1	1	3	2	18	25
		% del Total	0.4	0.4	1.3	0.9	7.8	10.9
	13	Frecuencia	0	4	3	2	27	36
		% del Total	0.0	1.7	1.3	0.9	11.7	15.7
	14	Frecuencia	0	4	2	3	27	36
		% del Total	0.0	1.7	0.9	1.3	11.7	15.7
	15	Frecuencia	1	5	9	5	28	48
		% del Total	0.4	2.2	3.9	2.2	12.2	20.9
	16	Frecuencia	4	3	9	0	14	30
		% del Total	1.7	1.3	3.9	0.0	6.1	13.0
	17	Frecuencia	2	5	2	5	29	43
		% del Total	0.9	2.2	0.9	2.2	12.6	18.7
	18	Frecuencia	0	4	1	2	5	12
		% del Total	0.0	1.7	0.4	0.9	2.2	5.2
Total		Frecuencia	8	26	29	19	148	230
		% Total	3.5	11.3	12.6	8.3	64.3	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Al estudiar la relación entre el tipo de familia y el riesgo suicida, vemos que de los adolescentes que presentaron un riesgo alto, el 2.6 por ciento vivía en una familia monoparental, ya sea, solo con la madre o el padre. Mientras que, el 3.9 por ciento de los adolescentes con riesgo por intento, vivían solo con las madres. El 9.6 por ciento de los adolescentes con riesgo por ideación, eran parte de una familia nuclear; en cambio 0.9 por ciento de los adolescentes con riesgo por ideación, vivían con un tutor. (ver Tabla 8)

En relación al grado escolar, se encontró que tanto cuarto A como cuarto B presentaron mayores niveles de riesgo suicida (4.8% y 4.3% respectivamente), mientras que en sexto A se reportó mayor nivel de alerta (2.6%) (Ver Tabla 9).

Tabla 8. Riesgo de suicidio de acuerdo a composición familiar. Colegio Adventista Metropolitano. Junio 2017- mayo 2018

		Riesgo suicida					Total	
		Alto	Por intento	Por ideación	Bajo	Sin riesgo		
Vivo con:	Mamá y Papá	Frecuencia	2	16	22	10	97	147
		% del Total	0.9	7.0	9.6	4.3	42.2	63.9
	Solo mamá	Frecuencia	3	9	3	8	42	65
		% del Total	1.3	3.9	1.3	3.5	18.3	28.3
	Solo papá	Frecuencia	3	1	2	0	5	11
		% del Total	1.3	0.4	0.9	0.0	2.2	4.8
	Con un tutor	Frecuencia	0	0	2	1	4	7
		% del Total	0.0	0.0	0.9	0.4	1.7	3.0
	Total	Frecuencia	8	26	29	19	148	230
		% Total	3.5	11.3	12.6	8.3	64.3	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 9. Niveles de riesgo suicida de acuerdo al curso. Colegio Adventista Metropolitano. Junio 2017- mayo 2018.

		Riesgo suicida					Total	
		Alto	Por intento	Por ideación	Bajo	Sin riesgo		
Curso	Primero A	Frecuencia	1	1	3	3	11	19
		% del Total	0.4	0.4	1.3	1.3	4.8	8.3
	Primero B	Frecuencia	0	1	0	2	14	17
		% del Total	0.0	0.4	0.0	0.9	6.1	7.4
	Segundo A	Frecuencia	0	2	2	0	14	18
		% del Total	0.0	0.9	0.9	0.0	6.1	7.8
	Segundo B	Frecuencia	0	3	1	0	9	13
		% del Total	0.0	1.3	0.4	0.0	3.9	5.7
	Tercero A	Frecuencia	0	2	1	2	11	16
		% del Total	0.0	0.9	0.4	0.9	4.8	7.0
	Tercero B	Frecuencia	0	0	2	2	17	21
		% del Total	0.0	0.0	0.9	0.9	7.4	9.1
	Cuarto A	Frecuencia	2	2	7	1	15	27
		% del Total	0.9	0.9	3.0	0.4	6.5	11.7
	Cuarto B	Frecuencia	2	4	4	2	11	23
		% del Total	0.9	1.7	1.7	0.9	4.8	10.0
	Quinto A	Frecuencia	1	2	3	1	11	18
		% del Total	0.4	0.9	1.3	0.4	4.8	7.8
	Quinto B	Frecuencia	0	1	1	0	11	13
		% del Total	0.0	0.4	0.4	0.0	4.8	5.7
Sexto A	Frecuencia	2	6	1	6	6	21	
	% del Total	0.9	2.6	0.4	2.6	2.6	9.1	
Sexto B	Frecuencia	0	2	4	0	18	24	
	% del Total	0.0	0.9	1.7	0.0	7.8	10.4	
Total	Frecuencia	8	26	29	19	148	230	
	% Total	3.5	11.3	12.6	8.3	64.3	100.0	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Con relación a la ideación suicida, el 24.8 por ciento de la muestra endoso positivamente el reactivo crítico #25 <<He pensado en suicidarme>>. La prevalencia fue mayor en el sexo femenino (16.1%) que en el masculino (8.7%) (Ver Tabla 10). Las mujeres tienen mayor probabilidad (27.6%) de tener ideas suicidas que los hombres (20.8%). La incidencia de tener pensamientos suicidas es 1.44 veces mayor en las mujeres que en los hombres (ver Tabla 11).

Tabla 10. Reactivo crítico para Ideación suicida. Colegio Adventista Metropolitano. Junio 2017- mayo 2018.

			Sexo:			
			Femenino	Masculino	Total	
Reactivo #25 He pensado en suicidarme	Nunca	Frecuencia	97	76	173	
		% del Total	42.2	33.0	75.2	
	Rara vez	Frecuencia	17	14	31	
		% del Total	7.4	6.1	13.5	
	Algunas veces	Frecuencia	11	2	13	
		% del Total	4.8	0.9	5.7	
	Casi siempre	Frecuencia	6	1	7	
		% del Total	2.6	0.4	3.0	
	Todo este tiempo	Frecuencia	3	3	6	
		% del Total	1.3	1.3	2.6	
	Total		Frecuencia	134	96	230
			% Total	58.3	41.7	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 11. Probabilidad y estimación de riesgo de ideación suicida. Colegio Adventista Metropolitano. Junio 2017- mayo 2018.

	Sexo:		Total
	Femenino	Masculino	
Casos	37	20	57
No casos	97	76	173
Total	134	96	230
Riesgo probable	0.276	0.208	0.247
	Estimación de riesgo	Intervalo de confianza de 95 %	
	Valor	Inferior	Superior
Odds ratio para (femenino / masculino)	1.449	.779	2.698
N de casos válidos	230		

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Con respecto a la planeación suicida, el 13.0 por ciento de la muestra respondió de forma afirmativa al reactivo crítico #49, <<He planeado mi propia muerte>>. Siendo el sexo femenino el de mayor prevalencia (8.2%) a diferencia del masculino (4.8%) (Ver Tabla 12). Las adolescentes tienen mayor probabilidad de planear el suicidio (14.1%) respecto a los adolescentes (11.4%). La incidencia de planeación suicida es 1.2 veces mayor en las adolescentes que en los adolescentes (ver Tabla 13).

Tabla 12. Reactivo crítico para Plan suicida. Colegio Adventista Metropolitano. Junio 2017- mayo 2018.

			Sexo:			
			Femenino	Masculino	Total	
Reactivo #49 He planeado mi propia muerte	Nunca	Frecuencia	115	85	200	
		% del Total	50.0	37.0	87.0	
	Rara vez	Frecuencia	7	2	9	
		% del Total	3.0	0.9	3.9	
	Algunas veces	Frecuencia	2	4	6	
		% del Total	0.9	1.7	2.6	
	Casi siempre	Frecuencia	1	2	3	
		% del Total	0.4	0.9	1.3	
	Todo este tiempo	Frecuencia	9	3	12	
		% del Total	3.9	1.3	5.2	
	Total		Frecuencia	134	96	230
			% del Total	58.3	41.7	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 13. Probabilidad y estimación de riesgo de planeación suicida. Colegio Adventista Metropolitano. Junio 2017- mayo 2018.

	Sexo:		Total
	Femenino	Masculino	
Casos	19	11	30
No casos	115	85	200
Total	134	96	230
Riesgo probable	0.141	0.114	0.130

	Estimación de riesgo	Intervalo de confianza de 95 %	
	Valor	Inferior	Superior
Odds ratio para (Niña / Niño)	1.277	.577	2.824
N de casos válidos	230		

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En relación al reactivo crítico #50 <<Intente suicidarme>>, el 8.6 por ciento de los adolescentes reporto uno o más intentos de suicidio previos. La prevalencia entre las mujeres fue de 6.0 por ciento, siendo 1.7 por ciento, cuatro o más intentos de suicidio previos, mientras que, entre los hombres, la prevalencia fue de 2.6 por ciento, siendo 1.3 por ciento, cuatro o más intentos de suicidio previos (ver Tabla 14). La probabilidad de haber intentado suicidarse, es mayor en las mujeres (10.4%) que en los hombres (6.2%). Las mujeres tienen 1.7 veces mayor riesgo de presentar un intento previo, con respecto a los hombres (ver Tabla 15).

Tabla 14. Reactivo crítico para Intento de suicidio previo. Colegio Adventista Metropolitano. Junio 2017- mayo 2018.

			Sexo:		
			Femenino	Masculino	Total
Reactivo #50 Intente suicidarme	Nunca	Frecuencia	120	90	210
		% del Total	52.2	39.1	91.3
	Una vez	Frecuencia	4	1	5
		% del Total	1.7	0.4	2.2
	Dos veces	Frecuencia	4	0	4
		% del Total	1.7	0.0	1.7
	Tres veces	Frecuencia	2	2	4
		% del Total	0.9	0.9	1.7
	Cuatro veces o más	Frecuencia	4	3	7
		% del Total	1.7	1.3	3.0
	Total	Frecuencia	134	96	230
		% del Total	58.3	41.7	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 15. Probabilidad y estimación de riesgo de intento de suicidio previo. Colegio Adventista Metropolitano. Junio 2017- mayo 2018.

	Sexo:		Total
	Femenino	Masculino	
Casos	14	6	20
No casos	120	90	210
Total	134	96	230
Riesgo probable	0.104	0.062	0.086
	Estimación de riesgo	Intervalo de confianza de 95 %	
	Valor	Inferior	Superior
Odds ratio para (Niña / Niño)	1.750	.647	4.732
N de casos válidos	230		

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Al comparar las diferencias encontradas en los indicadores de riesgo medidos por el Inventario de Riesgo Suicida – IRIS que son: Ideación e intención suicida, Desesperanza y depresión, Ausencia de circunstancias protectoras e Índice de Dificultades asociadas al riesgo suicida, en adolescentes en relación al sexo, mediante la prueba t para muestras independientes, se encontró que hay relación estadísticamente significativa entre sexo y elevaciones del perfil en las áreas de depresión y desesperanza y el índice de malestar psicológico asociado a riesgo suicida ($p < 0.05$) (ver Tabla 16).

Tabla 16. Pruebas t para muestras independientes para perfiles del IRISA. Colegio Adventista Metropolitano. Junio 2017- mayo 2018.

	t	gl	Sig.
Subescala Ideación e intencionalidad suicida	1.218	228	.224
Subescala Depresión y desesperanza	2.517	228	.013
Subescala Ausencia de circunstancias protectoras	.927	228	.355
Índice de malestar psicológico asociado a riesgo suicida	2.002	228	.047

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Cuando estudiamos las subescalas e índice por reactivos, encontramos en la subescala de Ideación e intencionalidad suicida, que las adolescentes sienten mayor deseo de no haber nacido con respecto a los adolescentes (ver Tabla 17).

Por otra parte, en la subescala de depresión y desesperanza, los adolescentes presentan menos sentimientos de fracaso, tristeza, enojo y desesperanza que las adolescentes. (ver Tabla 18).

Mientras que, en la subescala de ausencia de circunstancias protectoras, los adolescentes dicen sentirse con más energía que las adolescentes (ver Tabla 19).

Con relación al índice de malestar psicológico asociado al suicidio, las adolescentes presentan mayor pérdida de la paciencia, ganas de estar solas y de desahogarse, al igual que mayor dificultad para entablar nuevas relaciones y hacer cosas que antes les interesaba, en relación a los adolescentes. (ver Tabla 20).

Tabla 17. Prueba t, Subescala ideación e intencionalidad suicida. Colegio Adventista Metropolitano. Junio 2017- mayo 2018.

Reactivos	prueba t para la igualdad de medias		
	t	gl	Sig. (bilateral)
#8 Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo	.763	228	.446
#11 He deseado estar muerto(a)	1.811	228	.071
#12 Quisiera irme de este mundo	.258	228	.797
#16 Mi existencia es odiosa.	1.246	228	.214
# 25 Conozco o tengo un lugar donde me gustaría morir.	-.658	228	.511
#32 Creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas de mi vida	1.248	228	.213
#44 Desearía no haber nacido.	2.812	228	.005

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 18. Prueba t, Subescala Depresión y desesperanza. Colegio Adventista Metropolitano. Junio 2017- mayo 2018.

Reactivos	prueba t para la igualdad de medias		
	t	gl	Sig. (bilateral)
#4 Siento que soy un fracaso.	1.135	228	.258
#20 Me siento triste.	2.237	228	.026
#23 Me siento enojado(a) y/o frustrado(a).	2.099	228	.037
#30 Creo o siento que la gente a mi alrededor estaría mejor sin mí.	2.909	228	.004
#38 Me cuesta trabajo concentrarme.	1.641	228	.102
#40 Me siento confundido(a) respecto a muchas cosas.	1.188	228	.236
#43 Me he sentido desilusionado(a) de la vida.	3.653	228	.000
#47 He pensado en desquitarme o vengarme por lo que me sucede.	-.344	228	.731

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 19. Prueba t, Subescala ausencia de circunstancias protectoras. Colegio Adventista Metropolitano. Junio 2017- mayo 2018.

Reactivos	prueba t para la igualdad de medias		
	t	gl	Sig. (bilateral)
#1 Mi familia conoce y comprende mis intereses, ideas y sentimientos.	1.836	228	.068
#3 En mi vida hay buenos momentos.	-1.295	228	.196
#5 Me siento satisfecho(a) con mi vida.	.812	228	.417
#7 Me toman en serio.	-.559	228	.577
#9 Me siento lleno(a) de energía.	2.054	228	.041
#31 Alguien se preocupa por mí.	.736	228	.463

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 20. Prueba t, Índice de malestar psicológico asociado a riesgo suicida. Colegio Adventista Metropolitano. Junio 2017- mayo 2018.

Reactivos*	prueba t para la igualdad de medias		
	t	gl	Sig. (bilateral)
#14 Pierdo la paciencia.	3.128	228	.002
#17 Prefiero estar solo(a).	3.249	228	.001
#22 Tengo problemas para hacer nuevos amigos o iniciar un noviazgo.	2.171	228	.031
#37 Duermo más que de costumbre o me cuesta trabajo conciliar el sueño.	2.339	228	.020
#45 He dejado de hacer cosas que antes me gustaban.	2.103	228	.037
#48 He necesitado desahogarme de mis problemas.	3.439	228	.001

*solo se presentan donde hubo diferencias significativas.

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

VIII. DISCUSIÓN

El comportamiento suicida ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. El suicidio es una conducta voluntaria que tiene como objetivo la muerte del mismo individuo. El Centro de Control de Enfermedades (CDC) (2017) define el suicidio como la muerte causada por un comportamiento dañino auto dirigido con la intención de morir como resultado del comportamiento.¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la conducta suicida en sus diferentes formas constituye un serio problema de Salud Pública, ya que se encuentra dentro de las 10 primeras causas de mortalidad general y dentro de las tres primeras causas de muerte entre los adolescentes y adultos jóvenes.²

El sistema de tamizaje mediante el Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes "IRIS" (Hernández & Lucio, 2003) permite no solo la detección sino una estratificación del riesgo. Así, se encontraron 82 estudiantes en algún nivel de riesgo; el 2.6 por ciento de estos presentaban riesgo alto, 7.4 por ciento, riesgo por intento, el 7.4 por ciento, riesgo por ideación y el 4.8 por ciento, riesgo bajo o alerta. Estos resultados se correlacionan con un estudio realizado en México, por Hernández & Guzmán, sobre estrategia de intervención para adolescentes en riesgo suicida, donde de una muestra de 482 alumnos de secundaria, 83 (17.2%) se encontraban en algún nivel de riesgo suicida; 2.5 por ciento en riesgo alto, 8.7 por ciento en riesgo por intento, 6.0 por ciento en riesgo por ideación y 13.5 por ciento en riesgo bajo.³⁹

Con respecto al nivel de riesgo suicida y el sexo, no se encontraron diferencias significativas ($P > 0.05$), este resultado difiere del estudio realizado por Coppari *et al*, sobre diferencias en indicadores de riesgo en adolescentes chequeños medidas a través del IRIS, en la muestra evaluada existe un mayor riesgo suicida en los adolescentes del sexo masculino.²⁶ De forma general el suicidio es más frecuente en el sexo masculino, aunque las mujeres realizan más intentos de suicidio. Aunque las mujeres adolescentes tienen un mayor riesgo de depresión que los varones, éstos suelen ser más agresivos e impulsivos que ellas.⁶

En el estudio realizado por Coppari, los adolescentes a la edad de 13 años presentan riesgo suicida, seguido de las edades de 15 y 17 años ²⁶, resultados similares se encontraron en este estudio, donde los adolescentes entre 15 y 16 años de edad presentaban mayor nivel de riesgo. Se estima que esto podría tener relación con el inicio de la adolescencia, el cual trae consigo conflictos personales al propio adolescente, por tal es considerada una edad de mayor vulnerabilidad ²⁶

Esto se debe a que es la etapa donde se desarrollan una serie de cambios para entrar en la adultez y se toman decisiones importantes en la vida de las personas. ⁸

Cuando estudiamos con quienes moran los adolescentes, encontramos que el 2.6 por ciento de aquellos con riesgo alto, viven solo con uno de los padres, y 3.9 por ciento de los adolescentes con riesgo por intento viven solo con una figura materna, mientras que el 9.6 por ciento de los adolescentes con ideación suicida moraban con ambos padres. Estos datos demuestran que los estudiantes que viven en un ambiente desestructurado, pierden el factor protector proporcionado por la estabilidad familiar y están más propensos a desarrollar una conducta suicida. Resultados que concuerdan con un estudio realizado por Navarro, acerca de atribución de factores de riesgo de suicidio en niños y adolescentes en la comunidad inmigrante latina: una muestra del sur de California, donde plantean que las relaciones familiares desempeñan un papel crucial en el entramado de variables, al ser el primer medio de socialización, sentando las bases de los estilos comunicativos y de personalidad, contribuyendo a la aparición de rasgos que podrían predisponer a la ejecución del acto suicida, entre los que se destaca la propia violencia, la impulsividad, la baja autoestima, las dificultades en las relaciones con personas significativas lo que desemboca en una gran vulnerabilidad y recursos limitados ante las vicisitudes inherentes a la vida.¹⁰

Al analizar el grado escolar, encontramos que los cuartos A y B obtuvieron la mayor prevalencia de riesgo suicida, podemos relacionar esto, tanto a que son los cursos con mayor número de estudiantes, como al hecho que el promedio de estudiantes se encuentra entre los 15-16 años de edad, que concuerda con la etapa de la adolescencia intermedia donde el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento al grupo de pares, lo

que implica una profunda reorientación en las relaciones interpersonales, el aumento de la impulsividad e individualidad y la dependencia de la opinión de terceros sobre su autoimagen. ¹⁶

En relación a la ideación suicida, pudimos constatar que el 24.8 por ciento de los estudiantes dijo haber pensado en suicidarse, siendo mayor en los adolescentes de sexo femenino (16.1%) que en los masculinos (8.7%), datos que concuerdan con el Estudio Nacional de Salud Mental del Adolescente, realizado en el 2010 por el Ministerio de Protección Social de Colombia y la Universidad CES, que encontró, de los 1520 participantes el 11 por ciento alguna vez ha pensado seriamente en suicidarse (14.3% mujeres y 7.6% hombres). ²²

Eguíluz (2003) describe la ideación suicida como <<pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir>>. ²²

Siabato *et al* (2017) plantea que, aunque esta se puede considerar como el menor de los problemas en la conducta suicida, esta es la primera manifestación de la conducta, y por ende es un componente que tiene que ser tomado con importancia, para la identificación de riesgos suicidas. ²¹

Al analizar el plan suicida, encontramos que el 13.0 de los adolescentes reporto haber planeado suicidarse, siendo el sexo femenino el de mayor prevalencia (8.2%) en relación al masculino (4.8%); datos que se correlacionan con el estudio realizado en México, por Hernández & Guzmán, sobre estrategia de intervención para adolescentes en riesgo suicida, donde el 11.2 por ciento de los adolescentes reporto uno o más planes para quitarse la vida, con prevalencia mayor para las mujeres (14.2%) que para los hombres (8.1%). Este mismo estudio identifico que, 11.2 por ciento de los adolescentes reporto uno o más intentos de suicidio, con prevalencia entre los hombres de 8.9 por ciento mientras que para las mujeres fue de 13.6 por cientos ³⁹; de manera similar en nuestro estudio, donde 8.6 por ciento de los adolescentes reporto uno o más intentos de suicidio previos. La prevalencia entre las mujeres fue de 6.0 por ciento, siendo 1.7 por ciento, cuatro o más intentos de suicidio previos, mientras que, entre los hombres, la prevalencia

fue de 2.6 por ciento, siendo 1.3 por ciento, cuatro o más intentos de suicidio previos.

De acuerdo con estos resultados la conducta suicida es más prevalente en las adolescentes. Lo que concuerda con el informe regional de la OPS, que a nivel mundial los hombres tienen una tasa más alta de suicidios que las mujeres, con una razón aproximada de 3.5 a 1. En contraste, las mujeres presentan mayor número de intentos suicidas que los hombres. Una de las razones que explican este escenario es que los hombres emplean métodos más violentos y letales.²⁴ En general, se conoce que el pensamiento e intento suicida en sus distintas etapas del ciclo vital es más alto en las mujeres, pero el hombre es el que llega a consumarlo en mayor número.¹⁸

Al comparar las diferencias encontradas en los indicadores de riesgo medidos por el Inventario de Riesgo Suicida – IRIS que son: Ideación e intención suicida, Desesperanza y depresión, Ausencia de circunstancias protectoras e Índice de Dificultades asociadas al riesgo suicida, en adolescentes en relación al sexo, se encontró que hay diferencia estadísticamente significativa entre sexo y elevaciones del perfil en las áreas de depresión y desesperanza y el índice de malestar psicológico asociado a riesgo suicida ($p < 0.05$).

De acuerdo a estos resultados el sexo femenino, presenta más sentimientos de fracaso, tristeza, enojo deseos de no haber nacido y desesperanza, al igual que más ganas de estar solas, pérdida de la paciencia con facilidad, dificultades para tener nuevas relaciones y necesidad de desahogarse con alguien; lo que concuerda con la investigación sobre el perfil personal de los adolescentes con ideas suicidas en España, donde Simón & Sanchiz describen que estos adolescentes tienen tendencia a la introversión, muestran dificultades a la hora de hacer amigos porque no confían en la amistad de los otros. Al mismo tiempo que son vulnerables y emocionalmente lábiles cuando se enfrentan a situaciones difíciles, llegando a negarse al placer, intensificando aspectos negativos de su vida.¹⁸

Por otro lado, nuestro estudio demostró que el sexo masculino dice sentirse más enérgico, con mayores esperanzas sobre el futuro y se consideran más felices y triunfadores, por lo cuentan con mayores factores protectores. Estos datos difieren con el estudio realizado por Coppari *et al*,

ha encontrado que los puntajes promedio de hombres han sido mayores que el de las mujeres en todas las sub-escalas del inventario. Se encontraron diferencias significativas por sexo al nivel $\alpha=0,01$ en Ideación e intención suicida, Desesperanza y depresión, y Ausencia de circunstancias protectoras. De estos resultados se puede inferir que los varones cuentan con menos factores de protección, que pueden deberse a los estilos de crianza, especialmente en las zonas rurales donde existe un fuerte modelo machista, sexista, los mismos permiten a las mujeres expresar sus emociones más libremente, y se sostiene que los varones deben ser “fuertes” y “contenedores familiares”, de esta forma las maneras de afrontar una pérdida significativa, una relación dificultosa o un cambio importante en la vida pueden ser motivos para depresión y suicidio.²⁶

IX. CONCLUSIÓN

Tras haber analizado y discutido los resultados, concluimos que:

1. El nivel de riesgo suicida en adolescentes fue 27.4 por ciento.
2. El riesgo por ideación fue el nivel de riesgo suicida prevalente (12.6%).
3. De acuerdo al nivel de riesgo suicida y el sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.
4. Los adolescentes de entre 15 y 16 años tienen la mayor prevalencia de riesgo suicida (6.5% y 6.9% respectivamente).
5. Los estudiantes que moran en una familia monoparental tienen mayor riesgo de suicidio (2.6%).
6. Con relación al grado escolar, los cuarto A y B tienen mayor riesgo de suicidio (4.8% y 4.3% respectivamente).
7. El 24.8 por ciento de los adolescentes ha pensado en suicidarse.
8. La incidencia de tener pensamientos suicidas es 1.44 veces mayor en las mujeres que en los hombres.
9. El plan suicida está presente en el 13.0 por ciento de los adolescentes.
10. La incidencia de planeación suicida es 1.2 veces mayor en las adolescentes que en los adolescentes.
11. La prevalencia de intento de suicidio previo fue 8.6 por ciento.
12. Las mujeres tienen 1.7 veces mayor riesgo de presentar un intento previo, con respecto a los hombres.
13. En la subescala de Ideación e intencionalidad suicida, las adolescentes sienten mayor deseo de no haber nacido con respecto a los adolescentes.
14. En la subescala de depresión y desesperanza, los adolescentes presentan menos sentimientos de fracaso, tristeza, enojo y desesperanza que las adolescentes.
15. En la subescala de ausencia de circunstancias protectoras, los adolescentes dicen sentirse con más energía que las adolescentes.
16. Con relación al índice de malestar psicológico asociado al suicidio, las adolescentes presentan mayor pérdida de la paciencia, ganas de estar solas y de desahogarse, al igual que mayor dificultad para entablar nuevas relaciones y hacer cosas que antes les interesaba, en relación a los adolescentes.

X. RECOMENDACIONES

Todo proceso de investigación nos acerca más al conocimiento de la realidad y a la aceptación de la misma, los resultados que arroja este estudio ponen en evidencia una de las problemáticas actuales en la República Dominicana y el resto del mundo, es por esto que nos permitimos hacer las siguientes recomendaciones:

1. Consideramos de suma importancia la aplicación periódica de este tipo de evaluaciones en los centros de formación académica, de manera que sea posible identificar precozmente individuos que presenten algún nivel de riesgo de desarrollo de una conducta suicida.
2. De igual manera creemos conveniente la creación de espacios en los centros educativos, dirigidos por personal capacitado y orientado a la búsqueda de estos factores de riesgo, que les brinde a los estudiantes un entorno de confianza en el cual puedan comunicarse y expresar las frustraciones que típicamente abruman a la población adolescente.
3. Es importante que todos los docentes sean orientados sobre el tema, de manera que sean capaces de identificar estados emocionales negativos y que participen en la promoción de conductas saludables.
4. Es evidente que el tema del suicidio es complejo y que requiere de la participación coordinada y articulada de los diferentes actores de la sociedad, por esta razón exhortamos a crear programas de prevención e intervención a nivel de salud pública que refuercen la política nacional de reducción del suicidio, mejorando el conocimiento sobre la epidemiología del mismo y de las conductas desencadenantes.

XI. REFERENCIAS

1. Centers of Disease Control and Prevention. CDC: Violence prevention: Suicide Definitions [Internet]. [Consultado octubre, 2017] Disponible en: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/definitions.html>.
2. Organización Mundial de la Salud. OMS: Suicidio, nota descriptiva [Internet] [Consultado octubre 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>.
3. Cañón Buitrago, SC. Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. Arch. De Med. (Col) [Internet] 2011 [consultado octubre 2017]; 11(1): pp. 62-67. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273819434005>.
4. Veliz Sánchez, MI., Díaz Águila, HR., De Armas Gómez, A., Barro García, AB. Caracterización de la conducta suicida en adolescentes. Multimed. [Internet] 2013 [consultado octubre 2017]; 17(3): 3-14. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/304/414>.
5. Cortés Alfaro, A. Conducta suicida, adolescencia y riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 [consultado octubre 2017]; 30(1): 132-139. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100013&lng=es.
6. Boris, NW., Dalton, R. Suicidio e intento de suicidio. Stanton, BF, StGem III, JW, Schor, NF, Behrman, RE. Nelson Tratado de Pediatría. 20ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2016. 124-126.
7. Ayuso-Mateos J, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L *et al*. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Rev psiq Salud Ment [Internet]. 2012 [consultado octubre 2017]; 5(1): 8-23. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-recomendaciones-preventivas-manejo-del-comportamiento-S188898911200002X?redirectNew=true>.
8. Álvarez-Caballero M, Camilo Colas V, Barceló Román M, Sánchez Maso Y, Fajardo Vals Y. Principales factores de riesgo relacionados con el intento suicida en un grupo de adolescentes. Medisan [Internet].

- 2017 [consultado octubre 2017]; 21(2):157. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-3019201700020000.
9. Mercedes-Mercedes E, Félix-Ángeles M, Pimentel R. Frecuencia de suicidio por herida de proyectil de arma de fuego en el Instituto Nacional de Patología Forense. *Rev. Med Dom.* 2016, 77(1): 17-23.
 10. Navarro N, García L, Cangas AJ. Atribución de factores de riesgo de suicidio en niños y adolescentes en la comunidad inmigrante latina: Una muestra del sur de California. *Psy. Soc. & Ed.* [Internet] 2016, [consultado noviembre 2017]; 8(3): 273-285. Disponible en: <http://repositorio.ual.es/handle/10835/4785?show=full>.
 11. Cruz Rodríguez, E. Prevalencia de intento de suicidio en pacientes ingresados en el Hospital Regional Juan Pablo Pina, en el periodo 2008-2012. [Tesis doctoral] Santo Domingo: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, 2013.
 12. Hernández-Cervantes Q, Gómez-Maqueo E. Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Rev. Mex. Psic.* 2006, 23(1): 45-52.
 13. Córdoba Alcaraz, AJ., Estrada Trejo, AG., Velázquez Altamarino, M. Detección de riesgo suicida en una muestra de adolescentes estudiantes de escuelas secundarias. *Rev. Int. De Psi. Y Edu.* [Internet] 2013, [consultado octubre 2017]; 15(1): 7-21. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80225697002.pdf>
 14. Organización Panamericana de la Salud. Informe Subregional de Suicidio. Centroamérica y República Dominicana 1988-2008. Panamá: OPS; 2011.
 15. Oficina Nacional de Estadística. ONE: Población estimada y proyectada de 6 y más suicidios y tasa, según año 2000-2016 [Internet] [consultado noviembre 2017] Disponible en: <https://www.one.gob.do/Estadisticas/146/suicidios>, Población estimada y proyectada de 6 y más, suicidios y tasa, según año, 2000-2016.
 16. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: Salud del adolescente [Internet]

- [consultado octubre 2017]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/de/ev/es/.
17. Lozano-Vicente A. Condiciones juveniles contemporáneas. Rev ult. Dec. 2014, 22(40): 718-2236.
 18. Cuesta-Revé, D. Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. Rev Mex de Ped [Internet]. 2017; 84 (2): 72-77. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2017/sp172f.pdf>.
 19. Real Academia Española. RAE: Diccionario de la Lengua Española: Suicidio [Internet] [consultado noviembre 2017] Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=YfnPoSq>.
 20. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t. 2010/02. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf.
 21. Fraijo Sing, BS., Cuamba Osorio, N., Corral Verdugo, V., Tapia Fonllen, C., Montiel Carbajal, M. Factores Psicosociales asociados a la ideación suicida y el parasuicidio en adolescentes. Psicumex [Internet] 2012, [consultado noviembre 2017]; 2 (1): 41-55. Disponible en: http://www.psicumex.uson.mx/revistas/articulos/3-R3_ARTICULO_04.pdf.
 22. Siabato Macías, EF., Forrero Mendoza, IX., Salamanca Camargo, Y. Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. Pensam Psicol [Internet] 2017, [consultado noviembre 2017]; 15 (1): 51-6. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-89612017000100004&script=sci_abstract&tlng=es.

23. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del Suicidio: un imperativo global. [Internet] Washington, DC: OPS, 2014. [consultado noviembre 2017] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/.
24. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por Suicidio en las Américas. Informe Regional. [Internet] Washington, DC: OPS, 2014 [consultado noviembre 2017] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=27709&Itemid=270&lang=es.
25. Corona Miranda, B., Hernández Sánchez, M., García Pérez, RM. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. Rev haban cienc méd [Internet]. 2016, [consultado noviembre 2017]; 15(1): 90-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X201600010001.
26. Coppari, NB., Alonso, R., Fernández, E., Iturry, V., Kriskovich, R., Mernes, R. Diferencias en indicadores de riesgo en adolescentes Chequeños medidas a través del IRIS. Eureka [Internet] 2009, [consultado noviembre 2017]; 6(1): 58-75. Disponible en: <http://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-6-1-09-9.pdf>.
27. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5^a). 5^a Ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
28. Aguirre-Flórez, DC., Cataño-Castrillón, JJ., Cañón, SC., Marín-Sánchez, DF., Rodríguez-Pabón, JT., Rosero-Pantoja, LA., *et al*. Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. Rev. Fac. Med. [Internet]. 2015 [consultado noviembre 2017]; 63(3): 419-429. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112015000300009&lng=es.

29. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia [Internet] Centro de Prensa. Abril 2016 [Consultado Diciembre 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>.
30. Vanegas Pérez, G., Barbosa González, A., Pedraza Manuel, G. Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del trastorno límite de personalidad. Infor Psicol [Internet] 2017 [consultado diciembre 2017]; 17(2): 159-176. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/7628>.
31. Rey Morillo, M. Infancias traumáticas y maternidad en adolescentes con trastorno límite de la personalidad. Estudio cualitativo. [Tesis doctoral] Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca, 2015. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=102826>.
32. Arias de la Torre IF. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes del policlínico René Vallejo de Bayamo. Rev Elect Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2015 [consultado diciembre 2017]; 40(2). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/97/160>.
33. Pérez-Fuentes, MC., Gázquez, JJ., Molero, MM., Cardila, F., Martos, A., Barragán, AB., Garzón, A., Carrión, JJ., y Mercader, I. Impulsividad y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. European Journal of Investigation in Health Psychology and Education [Internet] 2015 [consultado diciembre 2017]; 5(3): 371-382. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/307850963_Impulsividad_y_consumo_de_alcohol_y_tabaco_en_adolescentes.
34. León Mejía, LM., Arias Graciano, C. Trauma temprano y suicidio [Tesis de grado] Medellín, Colombia: Universidad de San Buenaventura Colombia, 2017. Disponible en: http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/4794/1/Trauma_Temprano_Suicidio_Leon_2017.pdf.
35. Mosquera, L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. Rev de Psic Clín con Niños y Adolescentes [Internet]. 2016 [consultado

diciembre 2017]; 3(1): 9-18. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47715254800>.

36. Soler J, Elices M, Carmona C. Terapia dialéctica conductual para aplicación clínica con evidencia empírica. *Rev. Anal. Modif. Conduct.* 2016; 42(1): 35-49.
37. Katzung BG. *Farmacología básica y clínica*. 11ª Ed, New York. Estados Unidos: Mc Graw- Hill; 2013.
38. Piedrahita L, Paz K, Romero A. Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes. *Rev. Hac. Prom. Salud.* 2013; 17(2): 136-148.
39. Hernandez Cervantes Q, Gómez-Maqueo EL. Modelo de evaluación del riesgo suicida adolescente basado en la exposición a eventos estresantes y configuraciones de personalidad. Eguíluz LL, Córdova MH, Rodales JC. *Ante el suicidio (su comportamiento y tratamiento)*. 1ª Ed. México: PAX México; 2010. 117-136.
40. Benuto, LT. *Guide to psychological assessment with Hispanic*. New York: Springer; 2013.
41. Manzini JL. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica*. 2000; VI (2): 321.
42. Council for International Organizations of Medical Sciences in collaboration with World Health Organization. *International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects*. 2002.

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

2017	Junio	Selección del tema
	Julio	
	Agosto	Aprobación del tema
		Búsqueda de referencias
	Septiembre	Elaboración del anteproyecto
	Octubre	
	Noviembre	
	Diciembre	
Enero		
2018	Febrero	Sometimientoy aprobación del anteproyecto
	Marzo	
	Abril	
	Mayo	Recolección de datos
		Tabulación y análisis de la información
		Redacción del informe
	Junio	Revisión del informe
	Julio	Encuadernación
Presentación		

XII.2. Solicitud de consentimiento de padres, madres y/o tutores.

Apreciados padres, esperamos que la bendición de Dios sea con ustedes y los suyos.

Por este medio solicitamos concedan el permiso a su hijo/a de completar una encuesta para conocer algunos aspectos de la salud emocional en adolescentes. Las encuestas son anónimas y serán manejadas con toda la confidencialidad que este tipo de investigación requiere, dicha recolección de datos se hará en los cursos correspondientes desde Primero hasta Sexto de secundaria y los resultados serán utilizados para la tesis de dos estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU).

AUTORIZO LLENAR EL FORMULARIO

NOMBRE Y FIRMA

NO AUTORIZO LLENAR EL FORMULARIO

NOMBRE Y FIRMA

XII.3. Instrumento de recolección de datos.

INVENTARIO DE RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES

El presente cuestionario tiene la finalidad de recolectar datos que contribuyan a determinar el riesgo de suicidio en adolescentes del Colegio Adventista Metropolitano. Estos datos servirán para el trabajo de grado con miras a la obtención del título Doctor en Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Las respuestas obtenidas en este cuestionario serán tratadas de manera confidencial, por lo que esperamos se apeguen a su realidad. Muchas gracias de ante mano por su colaboración.

Soy: Niña Niño

Edad: _____

Curso: _____

Vivo con: mamá y papá solo mamá solo papá con un tutor

	Todo este tiempo	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez	Nunca
1. Mi familia conoce y comprende mis intereses, ideas y sentimientos.					
2. Creo o siento que algo está mal conmigo.					
3. En mi vida hay buenos momentos.					
4. Siento que soy un fracaso.					
5. Me siento satisfecho(a) con mi vida.					
6. He sentido ganas de lastimarme o lastimar a alguien.					
7. Me toman en serio.					

8. Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo.					
9. Me siento lleno(a) de energía.					
10. El tema de la muerte ha llamado mi atención.					
11. He deseado estar muerto(a).					
12. Quisiera irme de este mundo.					
13. Cumplo mis metas y llevo a cabo mis planes.					
14. Pierdo la paciencia.					
15. Uno o varios de mis maestros están en mi contra.					
16. Mi existencia es odiosa.					
17. Prefiero estar solo(a).					
18. Creo o siento que mi futuro es prometedor y puedo llegar a ser alguien especial.					
19. Mis maestros me ignoran.					
20. Me siento triste.					
21. Tengo dificultades con alguna(s) de mis materias.					
22. Tengo problemas para hacer nuevos amigos o iniciar un noviazgo.					
23. Me siento enojado(a) y/o frustrado(a).					
24. He causado problemas a la gente a mí alrededor.					
25. He pensado en suicidarme.					

26. Tengo algunas ideas de cómo alguien podría quitarse la vida.					
27. Conozco o tengo un lugar donde me gustaría morir.					
28. Alguien que conozco intento quitarse la vida y sobrevivió.					
29. Conocí a una persona que se suicidó.					
30. Creo o siento que la gente a mi alrededor estaría mejor sin mí.					
31. Alguien se preocupa por mí.					
32. Creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas de mi vida.					
33. Si muriera me gustaría que alguien más me acompañara.					
34. Me he lesionado intencionalmente (cortándome, pinchándome, quemándome, golpeándome, por ejemplo) para ver hasta donde aguanto el dolor.					
35. Me traiciono mi mejor amigo(a).					
36. Me deshice (regalando, donando, tirando, por ejemplo) de algunas posesiones preciadas para mí.					
37. Duermo más que de costumbre o me cuesta trabajo conciliar el sueño.					
38. Me cuesta trabajo concentrarme.					
39. He sufrido una decepción amorosa.					
40. Me siento confundido(a) respecto a muchas cosas.					
41. Me he reconciliado con personas con las que había tenido problemas.					
42. Creo o siento que algo está mal conmigo.					

43. Me he sentido desilusionado(a) de la vida.					
44. Desearía no haber nacido.					
45. He dejado de hacer cosas que antes me gustaban.					
46. Perdí a alguien importante.					
47. He pensado en desquitarme o vengarme por lo que me sucede.					
48. He necesitado desahogarme de mis problemas.					
49. He planeado mi propia muerte.					
50. Intente suicidarme.					

XII.4. Carta de autorización

Santo Domingo, D.N.
28 de febrero del 2018

Magister:

Rosanny Scarfullery

Directora Colegio Adventista Metropolitano

Sus manos.

Estimada directora:

Luego de un caluroso saludo, nos dirigimos a usted con el fin de solicitarle tenga a bien permitirnos la aplicación del instrumento para la recolección de datos que contribuirá a la realización del trabajo de grado para optar por el título de Doctor en Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU).

Se les estará administrando un cuestionario, el cual anexamos en esta comunicación, con el fin de determinar el grado de riesgo suicida a la población adolescente de su prestigiosa institución. La población objeto de nuestro estudio son los estudiantes del Primer hasta el Sexto grado de la Educación Secundaria, no menores de 10 años.

Todos los datos obtenidos serán tratados con suma cautela y discreción, manteniendo la confidencialidad del proceso en todo momento.

Agradeciendo, de anticipado, su colaboración.

Atentamente,

Ellen C. Gerónimo Bonilla
Médico Interno

Carlos J. Sena De Jesús
Médico Interno

XII.5. Costos y recursos

XII.5.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 sustentantes ▪ 1 asesor clínico ▪ 1 asesor metodológico ▪ 4 ayudantes ▪ Personas que participaron en el estudio 			
XII.5.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio (RD\$)	Total (RD\$)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Papel bond 20 (8 1/2 x 11) ▪ Lápices ▪ Borrás ▪ Sacapuntas ▪ Bolígrafos 	<ul style="list-style-type: none"> 3 resmas 1 caja 2 unidades 1 unidad 1 caja 	<ul style="list-style-type: none"> 200.0 120.0 10.0 10.0 200.0 	<ul style="list-style-type: none"> 600.0 120.0 20.0 10.0 200.0
Computadora hardware:			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ AMD Radeon HD R7 M265 con DDR3 de 2 GB; Intel HD 5500; Procesador Intel Core i7-5500U 			
Software:			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Microsoft Windows 10 ▪ Microsoft Office 2016 ▪ Servicio de Internet de Claro 			
Presentación			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sony SVGA VPL-SC2 Digital data ▪ Proyector 			
XII.5.3. Información			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adquisición de libros ▪ Revistas ▪ Otros documentos ▪ Referencias bibliográficas (ver listado de referencias) 			
XII.5.4. Económicos			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Papelería (copias) ▪ Encuadernación ▪ Alimentación ▪ Transporte 	<ul style="list-style-type: none"> 3000 copias 12 informes 	<ul style="list-style-type: none"> 2.0 180.0 	<ul style="list-style-type: none"> 6,000.0 2,160.0 1,500.0 8,000.0
Inscripción al curso:			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inscripción del anteproyecto ▪ Inscripción de la tesis ▪ Presentación de la tesis 			
Imprevistos			
Total			48,610.0

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por los sustentantes.

XII.6. Evaluación

Sustentantes:

Ellen C. Gerónimo Bonilla

Carlos J. Sena De Jesús

Asesores:

Dr. Rubén Darío Pimentel
(Metodológico)

Dr. Luis Ortega
(Clínico)

Jurado:

Autoridades:

Dr. Eduardo García
Director Escuela de Medicina

Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la Salud

Fecha de presentación: _____

Calificación: _____