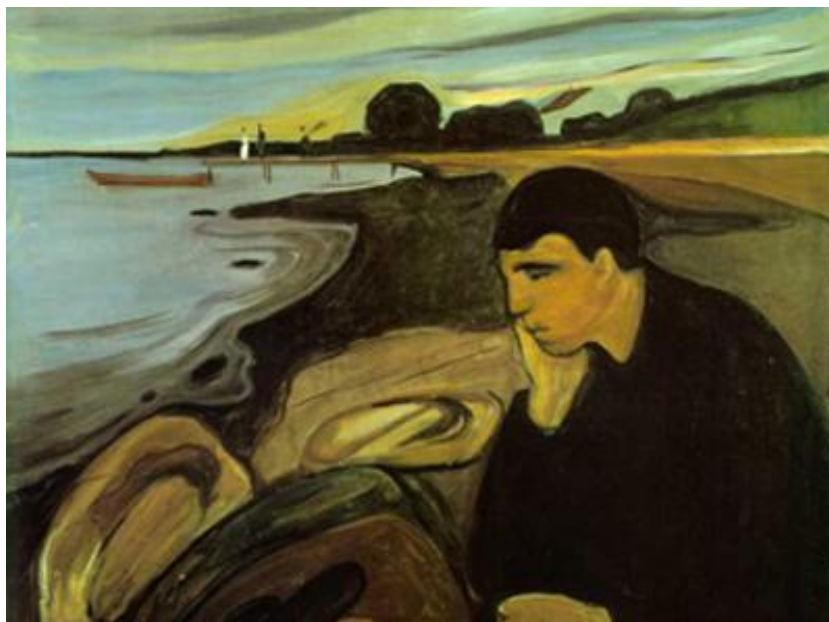


IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES CAJAMARQUINOS

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS



Leal Zavala, Rafael A.

Vásquez Rodríguez, Luis E.

INFORME DE INVESTIGACIÓN

Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo

Facultad de Psicología

Cajamarca, diciembre de 2012

PRESENTACIÓN

Vivimos en una sociedad que no deja de ser violenta, individuos que dañan a otros por su pertenencia a otro país, etnia, clase social, grupo político, opción sexual, favoritismo a club deportivo, etc. Pero también está aquel tipo de violencia donde el sujeto agresor es sí mismo. Esto se conoce como conducta auto-infligida la cual comprende numerosas modalidades del comportamiento, donde uno de los más representativos es el suicidio.

Comparar el impacto de las diversas formas de violencia sexual con el suicidio nos conduce a cierto asombro, anualmente cerca de un millón de personas mueren en el mundo debido al suicidio. Así, este comportamiento es considerado como el indicador más representativo de la salud mental de los países y sociedades. Aun cuando existe desacuerdo entre los expertos de la salud pública sobre ésta última aseveración, el impacto social del suicidio es un hecho aceptado por la gran mayoría de los expertos.

El suicidio como problemática es concebido como un proceso continuo donde comportamientos de distintas características representan niveles distintos de riesgo. Así, un primer nivel estará constituido por las ideaciones suicidas que son seguidos por el intento de suicidio y finalmente el suicidio consumado. Para motivos del presente estudios se consideró abordar el primer nivel de riesgo.

Se determinó abordar el análisis de la ideación suicida en la población adolescente escolarizada tomando en consideración razones tanto teóricas como prácticas. En el caso de las primeras, existe una abundante literatura que plantea el alto nivel de prevalencia de ideación suicida en este tipo de población; mientras que en el caso de la practicidad, el estudio de la salud mental de este tipo de población está en sus inicios y existe una debilidad de los organismos públicos y privados para contar con indicadores de salud mental actualizados que permitan la planificación de sus propuestas de intervención social

Es de interés para los investigadores que los conocimientos y hallazgos presentados en el presente informe se constituyan en recursos que orienten el curso de quienes se inicien en la investigación de la problemática del suicidio así como de fuente de justificación para el desarrollo de propuestas de intervención acordes a las peculiaridades de la población adolescente cajamarquina.

El presente informe inicia con la presentación de un resumen ejecutivo; luego, a través de cinco apartados, se desarrollan los puntos básicos del informe. En el primer apartado se presenta los principales fundamentos del problema de investigación; en el segundo, se describen los respectivos objetivos y la justificación; en el tercero, se analizan y describen los antecedentes de investigación, bases teóricas, hipótesis y definiciones de términos básicos; en el cuarto, se detalla todo lo concerniente al método de investigación; en el apartado quinto, se presentan los resultados generados en el estudio. Finalmente, el informe concluye con la discusión, conclusiones y recomendaciones a las que se ha podido llegar a partir de los resultados.

RESUMEN EJECUTIVO

IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES CAJAMARQUINOS

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

A. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de la ideación e intento de suicidio en adolescentes escolares de la ciudad de Cajamarca qué relación existe entre variables socio-demográficas y psicosociales con la ideación suicida?

B. OBJETIVOS

General

Identificar la prevalencia de ideación e intento de suicidio de los adolescentes escolares de la Ciudad de Cajamarca así como el tipo de relación existente entre la ideación suicida y variables socio-demográficas y psicosociales.

Específicos

C. MÉTODO

Tipo y diseño de investigación: Para el logro de objetivos y confirmación hipótesis de investigación se desarrollará una investigación de tipo observacional de nivel descriptivo-correlacional. El diseño de la investigación será prospectivo y de cohorte transversal.

Población y muestra: La población de estudio estará integrada por los adolescentes de nivel secundario de la ciudad de Cajamarca matriculados en el año lectivo 2012. Esta asciende, según estimaciones del INSM HD-HN (2003), a 10 054 adolescentes. Para la selección de la muestra de estudio se realizará un muestreo Polietápico a partir de los centros educativos registrados en la Dirección de Educación Cajamarca.

D. RESULTADOS

En cuanto a la **ideación suicida**, resulta significativo el porcentaje de adolescentes que manifestaron que algunas vez en sus vidas experimentaron deseos de estar

muerto (38.5%). De igual modo, cerca de una quinta parte de los adolescentes manifestaron experimentar el deseo de estar muerto alguna vez en el último mes (21.4%). Porcentajes también altos se hallaron respecto a los adolescentes que pensaron que no vale la pena vivir (prevalencia vida = 31.3% y prevalencia mes = 18.1%).

De otro lado, se halló que 28.1% de los adolescentes entrevistados pensó en suicidarse alguna vez en sus vidas; mientras que 16.5%, lo pensó durante el último mes

Respecto a las modalidades de ideaciones suicidas, resultaron ser más prevalentes aquellos pensamientos de desesperanza y deseos de muerte así como aquellos concernientes a los beneficios asociados al suicidio se pudo confirmar que las adolescentes mujeres evaluadas presentan mayores niveles de riesgo suicida en comparación que los varones.

Se pudo identificar a nueve adolescentes que viven solos, en ellos se encontró que sus niveles de ideación suicida son marcadamente superiores a los del resto de adolescentes

Las variables psicosociales de funcionamiento familiar, estrés percibido y apoyo social resultaron estar significativamente asociadas al suicidio. Mientras respecto a las de estrategias de afrontamiento, la auto-denigración y pasividad que resultó en mayor medida asociada al suicidio.

PRESENTACIÓN	2
I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	7
1.1. Delimitación del problema	7
1.2. Formulación del problema	10
II. OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	11
III. MARCO TEÓRICO	13
3.1. Antecedentes de investigación	13
3.2. Bases teóricas	20
3.2.1. Suicidio y comportamiento suicida	20
3.2.2. La ideación suicida.....	25
3.2.3. La ideación suicida en los adolescentes	27
3.2.4. Factores psicosociales relacionados a la ideación suicida.....	32
3.3. Hipótesis.....	39
3.4. Definición de términos Básico	40
IV. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	43
4.1. Tipo y diseño de investigación.....	43
4.2. Población y muestra	43
4.3. Instrumentos y técnicas de recolección de datos.....	45
4.4. Procedimiento de recolección y análisis de los datos.....	49
V. RESULTADOS	50
5.1. Análisis de descriptivos univariados	50
5.2. Análisis comparativos según variables socio-demográficas y antecedente de intento de suicidio	56
5.3. Análisis correlacionales de factores psicosociales y la ideación suicidio	57
DISCUSIÓN	62
CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES.....	72
BIBLIOGRAFÍA.....	73

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Delimitación del problema

El suicidio es considerado como aquellos de los actos humanos de mayor impacto social (Eguiluz, Córdova, & Rosales, 2010). No obstante en nuestro país las tasas de suicidio son bajas al igual que la mayoría de países latinoamericanos, su calificativo como problemas de salud pública se justifica por constituirse como generador potencial de conmoción social (Minayo, 1998) , cuyos efectos se extenderían a todos los niveles sociales del suicida o potencial suicida: familia, escuela, trabajo y la comunidad.

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), identificó a la violencia auto infligida como uno de los padecimientos más importantes que deben enfrentar las sociedades modernas. (Krug, Mercy, Dahlberg, & Zwi, 2002, citado en Borges (2009)). Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2009), cada año aproximadamente un millón de personas aproximadamente mueren por suicidio en el mundo, alcanzando una tasa de mortalidad de 16 por cada 100.000 habitantes; asimismo, el suicidio se encuentra entre las 3 primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años y segunda causa de muerte en el grupo de 10 a 24 años

A decir de Desuque Vargas y Lemos (2011) las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2020 indican que las defunciones por suicidio aumentarán un 50%, alcanzando 1.5 millones de muertes anuales a nivel mundial. También se conoce que en la actualidad el grupo de mayor riesgo es el de los jóvenes. Por tanto, el suicidio se constituye en problema de salud pública que presenta costos económicos importantes; no obstante es prevenible (Rueda, Rangel, Castro, & Camacho, 2010).

En el contexto del incremento de la mortalidad por suicidio cobra especial relevancia el estudio de las conductas relacionadas con el suicidio, es decir, la ideación suicida, los planes suicidas y los intentos de suicidio. Todos estos son precursores inmediatos de la muerte por suicidio y factores de riesgo de intentos subsecuentes de suicidio y de suicidios consumados. Aun cuando no lleven a la muerte, estas conductas pueden acarrear consecuencias graves y de largo alcance para la salud física, y constituir una importante causa de sufrimiento psicológico para el individuo y sus familiares (Desuque, Vargas, & Lemos, 2011).

Las ideas suicidas pueden implicar desde pensamientos de falta de valor de la vida hasta la programación de un acto mortal, atravesando por deseos más o menos intensos de muerte. En algunos casos implica una aguda preocupación destructiva de naturaleza delusiva. Es importante destacar que la ideación suicida previa es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio (Muñoz, Pinto, Callata, Napa, & Perales, 2005)

Se entiende por ideación suicida a la presencia de pensamientos, planes o deseos de cometer suicidio en un individuo que no ha hecho un intento de suicidio reciente (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2003). También se la considera como la presencia de pensamiento fantasías acerca de la propia muerte (Chávez, Pérez, Macías, & Páramo, 2004). Concepto diferente al de intento de suicidio, también conocido como para suicidio, entendido como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión o daño con el fin de obtener la propia muerte, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su letalidad (Wagner, Wongs, & Jobes, 2002). Desde nuestra perspectiva, las ideaciones suicidas constituyen aquellas cogniciones referentes a deseos de estar muerto como respuesta a la experiencia sentimientos de desesperanza, a la planificación de un potencial suicidio así como al conjunto beneficios que se esperan obtener a través de un potencial acto suicida.

De lo expuesto, compartimos la posición suicidio de Muñoz et al. (2005) al considerar que las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de falta de valor de la vida

hasta la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte y, en algunos casos, una intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva. La ideación suicida previa es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio, y ha sido mucho menos estudiada que el intento suicida y el suicidio consumado (González, Berenzon, Tello, Facio, & Medina, 1998)

El suicidio en los adolescentes es un tema complejo, pues requiere ser abordado de diferentes ángulos. En este esfuerzo, la ideación suicida representa un factor de riesgo para el planeamiento suicida, así como también para un inesperado intento impulsivo (Cano, Gutiérrez, & Nizama, 2009).

La investigación del suicidio, más específicamente de la ideación suicida en la población adolescente, ha sido desarrollada en diversos continentes del mundo. En el caso de nuestro país, la producción de conocimiento en esta problemática es limitada. Esfuerzos importantes que vale la pena mencionar son las investigaciones de ideación suicida de Muñoz y otros (2005) en adolescentes de nivel pre-universitario de la ciudad de Lima; el estudio de Cano y otros (2009) sobre la ideación suicida en una muestra de 530 adolescentes de 12 a 19 años en los tres más grandes colegios de la ciudad de Pucallpa; y sobre todo los estudios desarrollados por el Instituto de salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” desarrollados en distintas poblaciones de nuestro país (2002, 2004, 2006, 2007, 2008)

Los datos sobre las conductas relacionadas con el suicidio son necesarios para la planificación de políticas nacionales y locales, así como para la evaluación de los esfuerzos llevados a cabo para reducir el suicidio consumado. Así, es importante disponer de un adecuado conocimiento, de un manejo técnico y de unas políticas públicas que reconozcan el tema como multifactorial y complejo.

El presente informe pretende responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la prevalencia de ideación suicida en los adolescentes del nivel secundario de la ciudad de Cajamarca?
- ¿Cuál es la prevalencia de intento de suicidio en los adolescentes del nivel secundario de la Ciudad de Cajamarca?
- ¿Qué tipo o modalidad de ideación suicida es más frecuente en los adolescentes del nivel secundario de la Ciudad de Cajamarca?
- ¿Qué relación existe entre las variables sexo, tipo de institución educativa, presencia del padre o la madre y el nivel de ideación suicida de los adolescentes del nivel secundario de la ciudad de Cajamarca?

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia de la ideación e intento de suicidio en adolescentes escolares de la ciudad de Cajamarca qué relación existe entre variables socio-demográficas y psicosociales con la ideación suicida?

II. OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

OBJETIVOS

General

Identificar la prevalencia de ideación e intento de suicidio de los adolescentes escolares de la Ciudad de Cajamarca así como el tipo de relación existente entre la ideación suicida y variables socio-demográficas y psicosociales.

Específicos

- Describir la prevalencia vida y mes de la ideación e intento de suicidio en los adolescentes escolares de la ciudad de Cajamarca.
- Describir el tipo o modalidad de ideación suicida más frecuente en los adolescentes escolares de la ciudad de Cajamarca.
- Comparar el nivel de ideación e intento de suicidio según las variables socio-demográficas sexo, tipo de colegio, grado de estudios, y persona con quien vive en los adolescentes escolares de la ciudad de Cajamarca.
- Comparar el nivel de ideación suicida de los adolescentes con y sin intento de suicidio previo.
- Describir el nivel de las variables psicosociales funcionamiento familiar, estrés percibido, apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento en los adolescentes escolares de la ciudad de Cajamarca.
- Identificar el tipo de relación existente entre la ideación suicida y las variables psicosociales funcionamiento familiar, estrés percibido, apoyo social percibido y tipo de afrontamiento en los adolescentes escolares de la ciudad de Cajamarca.
- Comparar la relación entre la ideación suicida y las variables psicosociales funcionamiento familiar, estrés percibido y apoyo social tomando en consideración el sexo del adolescente.

JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es considerada una etapa del desarrollo caracterizada por continuos cambios, que pueden ocasionar estrés. Las exigencias psicosociales derivadas de este proceso evolutivo pueden repercutir en el desarrollo psicológico, influyendo en la confianza en sí mismo, la timidez, la ansiedad, el sentimiento de autoeficacia, la autoestima o el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Todo esto implica que la población adolescente presenta un alto riesgo hacia la conducta suicida.

La importancia de la investigación e intervención en la problemática del suicidio ha sido establecida en los lineamientos de salud mental del Ministerio de Salud (2004). Esto se explicaría por el contexto crecimiento de las urbes y la exposición de los jóvenes a mayores situaciones de riesgo hacia la anomia, vacío existencial y abuso de sustancias.

Según los expertos la ideación suicida es uno de los principales componentes de la conducta suicida; por tanto, la comprensión de sus factores determinantes constituirá en una importante estrategia para la prevención del intento de suicidio así como del suicidio consumado.

Asimismo, el suicidio en nuestro contexto social todavía es percibido con gran estigma tanto por las familias, profesionales de la salud y colectividad en general. Así, nuestro interés en estudiarlo a través de una mirada científica permitirá que los profesionales de la salud vayan eliminando aquellos sesgos de temor hacia las personas que se encuentran inmersas en dicha conducta de autoeliminación.

Finalmente, el presente estudio busca desarrollar instrumentos metodológicos con criterios técnicos que permitan una valoración objetiva de la ideación suicida en favor tanto de los profesionales como investigadores de la salud mental.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes de investigación

Los estudios sobre el comportamiento suicida son numerosos, tanto respecto al suicidio consumado, el intento de suicidio y la ideación suicida. En el presente informe no hemos tratado de indagar y analizar sobre todos los estudios existentes sobre ideación suicida en adolescentes o jóvenes; no obstante, hemos desarrollado un resumen de algunos antecedentes que nos puedan brindar un panorama general sobre el modo cómo ha venido siendo investigado o abordado nuestro problema de investigación (Ver Tabla 3.1). Así, se puede considerar que el estudio de la ideación suicida en la población adolescente o joven se ha realizado a través de diseños descriptivos de cohorte transversal, con uso de muestras poblacionales tanto probabilísticas como no probabilísticas. Los procesos de medición han sido a través de instrumentos de gran popularidad teórica. Asimismo, se ha hallado la relación entre la ideación suicida y variables socio-demográficas y variables psicosociales semejantes a las evaluadas en el presente estudio.

En cuanto a la exploración sobre la ideación suicida del adolescente cajamarquino el estudio más popular y vigente es el publicado por el **Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Nogochi”** (2005) que análisis la salud mental de la población de la sierra peruana para el año 2003. En este estudio se haló que un 26,2% de la población adolescente ha presentado deseos suicidas alguna vez en su vida, un 13,9%, en el último año y, un 5,8%, en el último mes. En cuanto a la conducta suicida del adolescente, la cual denota una afectación más seria, el 2,2% de la población adolescente ha intentado suicidarse alguna vez en su vida, y el 1,8% lo habría realizado en el último año. Las cifras son significativamente más elevadas en el grupo de adolescentes de 15 a 17 años. Por otro lado, un tercio de los adolescentes que intentaron hacerse daño considera todavía dicha conducta como una posibilidad de solución de sus problemas. En cuanto a los motivos por los cuales los adolescentes desean o intentan quitarse la vida, resaltan principalmente los problemas con los padres (51,6 % y 61,0% respectivamente), lo que se hace más relevante entre los 15 y 17 años (57,1% y 65,1% respectivamente). Luego, siguen los problemas por separación de un familiar, salud

familiar y experiencias traumáticas pasadas; estas últimas se manifiestan sobremanera entre los adolescentes de 15 a 17 años que llegaron al intento de suicidio (11,3%). Entre los 12 y 14 años, los más importantes son aquellos relacionados con sus estudios.

Tabla 1

Antecedentes de investigación sobre ideación e intento de suicidio en adolescentes y jóvenes

AUTOR (AÑO/PAÍS)	OBJETIVO DEL ESTUDIO	POBLACIÓN O MUESTRA DE ESTUDIO	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	RESULTADOS
(Lai Kwok & Shek, 2008) China: Hong Kong	Evaluar la relación entre desesperanza, funcionamiento familiar percibido y la ideación suicida en adolescentes escolarizados.	5557 adolescentes escolarizados. Muestreo por conveniencia	Chinese Hopelessness Scale (C-HOPE) desarrollada por Shek (1993)	La desesperanza presenta una relación positiva con la ideación suicida. El funcionamiento familiar global percibido presenta una relación negativa con la ideación suicida.
(Norlev, Davidsen, & Sundaram, 2005) Dinamarca	Identificar los índices asociados con la ideación suicida e intentos de suicidio en jóvenes	3 184 daneses entre 16-35 años de edad Muestreo aleatorio estratificado	Entrevista cara a cara y un cuestionario auto-administrado	Se encontró que no era posible establecer un gradiente de gravedad de la tendencia suicida en relación a las variables socio-demográficas seleccionadas. Se pudo identificar nueve indicadores asociados a la tendencia suicida en esta población.
(Ruiz, Riqueleme, & Buendía, 2000) España: Madrid	Estudiar la relación entre la extraversión y el comportamiento suicida en adolescentes con ideación suicida y tentativas de suicidio.	282 adolescentes entre 14 y 18 años procedentes de 4 institutos de educación secundaria del municipio de Murcia Muestreo aleatorio estratificado.	Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) Scale for Suicidal Ideation (SSI) de Beck, Kovacs y Weissman (1979)	Los adolescentes que habían intentado seriamente el suicidio eran más introvertidos que aquellos que únicamente tenían ideación suicida o que los que habían realizado una tentativa de suicidio con carácter instrumental.
(Viñas, Canals, Gras, Ros, & Domènech, 2002) España: Girona -	Evaluar los factores psicológicos y familiares asociados a la ideación suicida en niños pre-púberes.	361 escolares con una edad media de 9 años, a partir de la cual se han constituido 2 grupos en función de la presencia o ausencia de ideación suicida en alumnos de escuelas de la zona de Girona	Inventario de Depresión (CDI, Kovacs, 1983). Escala de desesperanza (HSC; Kazdin, et al, 1983). Inventario de Autoestima para Niños	Los alumnos con ideación suicida presentan en general mayor sintomatología depresiva, mayor desesperanza y menor autoestima y expresividad familiar, aunque existen diferencias según sexo y depresión.

Cataluña		Muestreo por conglomerados	(Cultura- Gratis SEI; Batalla, 1981). Escala Wechsler de Inteligencia para niños.	.
(Viñas, Jane, & Domènech, 2000) España: Girona	Evaluación de la severidad de la ideación suicida auto-informada en escolares de 8 a 12 años	361 alumnos (181 niños y 180 niñas) de edades comprendidas entre los 8 y 12 años, pertenecientes a centros públicos y privados de Enseñanza General Básica de la comarca del 'Gironès' (Girona) Muestreo aleatorio por conglomerados	Children's Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1983). Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R) Entrevista estructurada del Concepto de Muerte; (Viñas, 1990)	La persistencia de la intencionalidad suicida está asociada a una mayor sintomatología depresiva.
(Carbajal & Caro, 2011) Colombia: Bogotá	Evaluar la relación entre la desesperanza, la soledad y el grado de salud familiar en adolescentes escolarizados con y sin ideación suicida.	482 adolescentes entre 14 y 17 años.	Escala de Ideación Suicida de Beck, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Desesperanza de Beck, Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de Soledad de la Universidad de California y el Instrumento de Salud Familiar	Los hallazgos muestran que las variables que mejor explican la presencia de ideación suicida son: antecedente de intento de suicidio, baja autoestima, depresión y pertenecer a una familia poco saludable.
(Rueda, Rangel, Castro, & Camacho, 2010) Colombia: Bogotá	Determinar las diferencias entre adolescentes y adultos con ideas o actitudes suicidas.	448 adultos y 85 menores de 18 años de edad, pacientes que acudieron al Instituto del Sistema Nervioso del Oriente (ISNOR). Muestreo no probabilístico de tipo	Entrevista semi-estructurada.	Los adolescentes bumangueses con riesgo suicida fueron con mayor frecuencia mujeres, tuvieron mayor porcentaje de intentos suicidas y problemas mentales de menor gravedad que los adultos

		casual o incidental.		
(Salvo & Melipillán, 2008) Chile: Chillán	Determinar la contribución de autoestima, impulsividad, cohesión familiar, adaptabilidad familiar, apoyo social en la predicción de suicidalidad en adolescentes.	763 estudiantes de enseñanza media. Muestreo aleatorio simple	Escala de Suicidalidad, Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Impulsividad, Escala de Cohesión y Adaptabilidad familiar de Olson y Escala de Apoyo Social de Zimet	Los adolescentes con menor autoestima, mayor impulsividad, con problemas de cohesión familiar y menor apoyo social presentan mayor suicidalidad.
(Villalobos-Galvis, 2009) Colombia: San Juan de Pasto	Conocer la presencia y las características de las conductas suicidas en estudiantes de colegios y universidades.	463 estudiantes, pertenecientes a seis colegios y dos universidades, de edades comprendidas entre nueve y 30 años, muestreo aleatorio estratificado.	Cédula de Indicadores Parasuicidas (CIP),	Se evidenció la alta tasa de conductas suicidas en estudiantes de colegios y universidades de la ciudad de San Juan de Pasto.
(Baggio, Palazzo, & Ganzo, 2009) Brasil	Describir la planificación suicida y factores asociados en adolescentes escolares de la Región Metropolitana de Porto Alegre.	1170 estudiantes adolescentes de 12 a 18 años Muestreo por conglomerados..	Global School-based Student Health Survey. Body Shape Questionnaire (BSQ)	La prevalencia mes de planificación suicida fue de 6.3%. El consumo de consumo de drogas de los amigos y tener pocos amigos cercanos incrementa el riesgo de suicidio al 90 y 66% respectivamente. La prevalencia de planificación del suicidio fue de dos a tres veces mayor en los adolescentes víctimas de bullying o que experimentan soledad. Las relaciones familiares adversas, las interacciones agresivas con los compañeros de clases y los síntomas depresivos incrementan la

				prevalencia de la planificación suicida.
(Souza, Azevedo, Jansen, Lessa, & Tavares, 2010) Brasil	Verificar la prevalencia y los factores asociados a la ideación suicida en adolescentes	Se evaluó una muestra de 1039 adolescentes de 11 a 15 años	Se aplicó el Inventario de Depresión para Niños (CDI de Kovacs). Se realizó análisis de regresión logística utilizando el modelo jerárquico.	Se halló una prevalencia mes de ideación suicida de 14.1%. Entre los factores asociados a la ideación suicida se encuentran: sexo femenino, consumo actual de alcohol, uso de drogas ilícitas, síntomas indicadores de trastornos de conducta y altas puntuaciones en síntomas depresivos.
(Guevara, Roxo, & Fensterseifer, 2005) Brasil: Porto Alegre	Identificar los factores de riesgo y de protección para la presencia de ideación suicida.	Se evaluó a una muestra 526 adolescentes de 15 a 19 años de escuelas públicas y privadas. Se realizó un muestreo por conveniencia	Ficha de datos personales para información socio-demográfica Escala de depresión de Beck Escala de ideación suicida de Beck	35.7% de los adolescentes presentaron ideación suicida alguna vez en la vida. 67.6% de las adolescentes presentaron ideación suicida y 32.4% de los varones. Se halló que la depresión en sus distintos niveles está asociada a la ideación suicida así como el conocer a una persona que ha intentado suicidarse.
(Jiménez, Mondragón, & Gonzáles-Forteza) Colombia: Bogotá	Evaluar la relación entre desesperanza, soledad y grado de salud con adolescentes escolarizados con y sin ideación suicida	423 adolescentes escolarizados de 14 a 17 años. Muestreo no probabilístico	Escala de Autoestima de Rosenberg, CES-D y Escala de Ideación Suicida de Roberts	La baja autoestima no se asoció significativamente con la ideación suicida; la sintomatología depresiva se asoció con la ideación suicida.
(Chávez, Macías, Palatto, & Ramírez, 2004) México	Identificar la prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en estudiantes universitarios de nivel medio superior	532 estudiantes de 13 a 22 años Muestreo aleatorio bietápico y por conglomerados.	Cuestionario de Estudiantes 2002	Se halló que la cuarta parte de los estudiantes presenta ideación suicida, el 8.6% ha tenido cuando menos un intento de quitarse la vida, generalmente alrededor de los 13 años; las principales motivaciones para intentarlo son:

				refirieron a aspectos interpersonales o afectivos. Se encontró mayor prevalencia de conducta suicida en las mujeres.
(Muñoz, Pinto, Callata, Napa, & Perales, 2005) Perú: Lima	Determinar la prevalencia de ideación suicida y su asociación con la cohesión familiar	1500 estudiantes de 15 a 24 años del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (CEPUSM), matriculados en el año académico 2005 – I Muestreo aleatorio simple.	Cuestionario auto administrado formado por la subescala de cohesión familiar del Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scale III y cinco preguntas sobre conducta suicida del Cuestionario de Salud Mental adaptado.	Existe una prevalencia elevada de ideación suicida en estudiantes entre 15 y 24 años del CEPUSM y está asociada a familias con niveles muy bajos de cohesión familiar.
(Cano, Gutiérrez, & Nizama, 2009) Perú: Ucayali	Explorar la frecuencia y asociación de la ideación suicida y la tendencia a la violencia en adolescentes escolarizados	530 adolescentes de 12 a 19 años en los tres más grandes colegios de la ciudad de Pucallpa, capital de Ucayali. Muestreo muestreo sistemático con arranque aleatorio.	Instrumento utilizado en el estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana	El 31,3% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir alguna vez en sus vidas, 21,1% pensó en quitarse la vida y el 18,1% intentó suicidarse alguna vez, con mayoría en mujeres y en el grupo de 15 a 19 años. Se encontró asociación ideación suicida y conducta violenta (OR=4,9 IC95% 1,4-17,5).

3.2. Bases teóricas

3.2.1. Suicidio y comportamiento suicida

3.2.1.1. Suicidio

Para Ann (2010), existen muchos modos en cómo las personas entienden o utilizan el término suicidio. Por ejemplo, aquella persona que maneja su vehículo irresponsablemente o es adicta a alguna sustancia dañina podría ser como suicida, tan igual como aquel soldado héroe que permanece detrás de sus camaradas para cubrirles de sus enemigos no obstante es consciente de las pocas probabilidades de para su propia sobrevivencia. Sócrates fue sentenciado a muerte a través de la auto-ingestión de un veneno. Jonestown¹ fue considerado una masacre, sin embargo la mayoría de quienes murieron tomaron una bebida con cianuro mientras comprendían claramente las consecuencias de dicho acto. Existen aquellos que cometen suicidio por medio de la policía, aunque en estos casos no ejecutan el tiro, obligan a los oficiales del orden a dispararles. Tomando en consideración los hechos expuestos, existiría mucha discrepancia para decidir a qué denominar o no suicidio.

Respecto a las distintas definiciones que existen del término suicidio, Ann (2010) hace un importante resumen de los enfoques más predominantes que las sustentan. El primero estaría expresado a través de una definición existencial y filosófica del suicidio, conceptualizado como un acto de auto-aniquilamiento. Esto corresponde con la postura psicoanalítica de Menninger (1938), quien plantea la existencia de un odio hacia sí mismo. Este autor vería al suicidio como una auto-eliminación vinculada al odio, deseo de morir, vergüenza y desesperanza. Un enfoque filosófico del suicidio definiría al suicidio a través de cuatro elementos: la *fatalidad*, en la que ocurre la muerte; la *reflexividad*, es decir el grado de consciencia de quien realiza el acto; el elemento de *acción o carencia de acción*, referente al uso de medios activos o pasivos para realizar el acto; y la *intencionalidad*, presumiendo que existe un deseo de terminar con la propia vida.

¹ Jonestown fue el nombre informal del Proyecto agrícola del Templo del Pueblo, una comunidad intencional al noroeste de Guyana, conformada por el Templo del Pueblo, una secta estadounidense liderada por Jim Jones (1931-1978). El 18 de noviembre de 1978, personal de la comunidad asesinó a 5 personas (entre ellos, un congresista de Estados Unidos) mientras que 909 de los miembros se suicidaron.

Respecto a la definición sociológica, aquella propuesta por Durkheim (1987/1951), el suicidio sería de naturaleza no-psicológica o no-psiquiátrica. Se trataría de una muerte que sería resultado de un acto causado por la percepción positiva o negativa que tiene la víctima de la muerte. Esta definición imparcial fue un enfoque científico que puso al suicidio fuera de la categoría de la locura o demencia y fue paradigma durante el siglo XIX. Además de esto, Durkheim comprendió al suicidio como un síntoma de ausencia de involucramiento que el individuo no pudo establecer con la sociedad.

Actualmente, los suicidólogos definen al suicidio como un estado multifacético que contiene elementos biológicos, culturales, sociológicos, interpersonales, intrapsíquicos, lógicos, conscientes, inconscientes y filosóficos, para satisfacer ciertas necesidades psicológicas. Así por ejemplo, Shneidman (1985) (citado por Ann, 2010) define al suicidio como un acto consciente de auto-destrucción, resultado de un malestar multidimensional en un individuo que enfrenta un problema, donde el suicidio es percibido como la mejor alternativa.

Para el contexto académico y profesional se ha estipulado el uso de un significado de naturaleza legal. Así, el Manual Internacional de Clasificación de Enfermedades (CIE - 9) conceptúa el suicidio como un acto de consecuencias fatales realizado de manera voluntaria, es decir auto-infligida y que tiene como trasfondo la ausencia del deseo de vivir. (World Health Organization, 2008. citado en Ann 2010)

A pesar de las perspectivas teóricas existentes sobre el suicidio, las personas tienden a desarrollar su propia explicación sobre el mismo basándose en la diversidad de sus diferentes manifestaciones (Zadravec, Grad, & Socan, 2006). Por ejemplo, sus experiencias con el fenómeno, la influencia cultural, sus conocimientos, etc. Los modelos explicativos orientan el modo en que los pacientes, los profesionales y el resto de personas interpretan un episodio mórbido. Esto incluye opiniones acerca de su etiología, curso esperado, consecuencias así como también las ideas acerca de su correspondiente tratamiento. Un experto que entiende el modelo explicativo que

presenta su paciente sobre su enfermedad o malestar puede mejorar su empatía con éste y llegar a un entendimiento compartido sobre las causas y tratamiento del malestar actual, lo cual resultaría en un mejor resultado del tratamiento.

3.2.1.2. El comportamiento suicida, el modelo continuo y el proceso suicida

En la actualidad no existe un consenso respecto al uso del término comportamiento suicida, destacándose tres distintas connotaciones. La primera hace referencias a un constructo que integra tres tipos de comportamientos: la ideación suicida, que haría referencia a aquellos pensamientos relacionados a un comportamiento orientado a terminar con la propia vida; el plan suicida, relacionado a la formulación de un método específico por el cual uno intenta morir; y el intento de suicidio, que describe a la ejecución de un comportamiento potencialmente auto-dañino en el cual existe la intención de morir (Nock M. K., Borges, Bromet, & al., 2008).

En caso de la segunda connotación, el comportamiento suicida hace referencia al suicidio consumado así como al heterogéneo espectro de intentos de suicidio que van desde aquellos intentos de alta letalidad (en el cual la sobrevivencia es resultado de la buena suerte) a los intentos de bajo nivel de letalidad que ocurren en el contexto de una crisis social y contienen fuertes elementos de un pedido de ayuda (Mann, 2002)

Desde la tercera connotación, el comportamiento suicida es descrito como un continuo de severidad que incluye: a) la ideación suicida, b) el intento de suicidio impulsivo, c) el intento de suicidio planificado y d) el suicidio consumado (Ann, 2010). Este último enfoque corresponde con el modelo continuo o lineal del suicidio. A partir del modelo continuo del suicidio, el suicidio ha sido descrito como el final de un secuencia que comienza con la idea de suicidio (consideración del suicidio), seguido por el planeamiento o preparación del suicidio, el intento y la consumación del suicidio (Barrios, Everett, Simon, & Brener, 2000).

A decir de Hider (1998), una de las bondades del modelo continuo del suicidio es la posibilidad de relacionar la ideación suicida con el intento de suicidio. Los estudios que han intentado explicar la relación entre la ideación suicida y el intento de suicidio lo han hecho a través de la comparación de las semejanzas y diferencias entre los sujetos que han tenido o reportado cualquiera de los dos comportamientos. Tomando como referencia los estudios de evaluación comunitaria, las personas que intentaron quitarse la vida se caracterizan por tener gran carga de factores psicosociales de riesgo para el suicidio (altas tasas de desórdenes psiquiátricos y una mayor adversidad socioeconómica y familiar). Por ejemplo, en el estudio de Brent et al. (1988, citado por Hider, 1998), los jóvenes que tuvieron intento de suicidio y aquellos con ideaciones suicidas compartieron similares factores de riesgo excepto que existió una mayor prevalencia de los principales factores de riesgo tales como: depresión, abuso de sustancias y discordia familiar crónica.

Los dos corolarios más importantes del modelo continuo del comportamiento suicida son (Hider, 1998):

- Los jóvenes con mayor riesgo de suicidio puede (en alguna medida) ser predichos. Esto es, el suicidio es poco probable en aquellos individuos con ideación suicida pero con ausencia o pocos factores de riesgo; por lo contrario, los adolescentes de alto riesgo suicida se caracterizan por la ideación suicida y múltiples factores de riesgo.
- Las intervenciones que disminuyen la frecuencia y el efecto de los principales factores de riesgo subyacentes al suicidio en los jóvenes son más efectiva que la disminución de la tasa de suicidios.

Por otro lado, el modelo continuo del suicidio hace posible comprender la propuesta de un **proceso suicida**. Para Miranda y otros (2009), el proceso suicida se define como un conjunto de acciones con las que se asume que la persona busca quitarse la vida, pudiendo señalarse varias etapas: ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida, y el suicidio consumado. Tales etapas pueden ser secuenciales o no, pero cada una de ellas, solas o

todas juntas, conllevan un gran riesgo hacia la consumación del suicidio. En el caso de los intentos suicidas se calcula que por cada suicidio consumado hay de ocho a 10 intentos de suicidio y por cada intento ocho lo pensaron, planearon y estuvieron a punto de hacerlo. Por lo anterior, es importante estudiar los procesos que anteceden a los suicidios como son la ideación y el intento para así conocer y atender esta problemática.

Dentro de la propuesta del modelo continuo del suicidio, Vilhjalmsson, Kristjansdottir y Sveinbjarnardottir (1998) nos proponen otro modelo para entender el proceso del suicidio, como una jerarquía secuencial de acciones con un grado subyacente de severidad. Así, la ideación suicida precede al planeamiento suicida, el cual podría terminar en un intento que conduzca hacia la muerte. Si el intento no es fatal, podría incrementar la probabilidad de la posterior ideación, planificación e intento suicida (Ver *Figura 1.*). Por tanto, es de valor tanto teórico como clínico el tomar en cuenta los factores de riesgo asociados tanto a la ideación como a la planificación suicida.

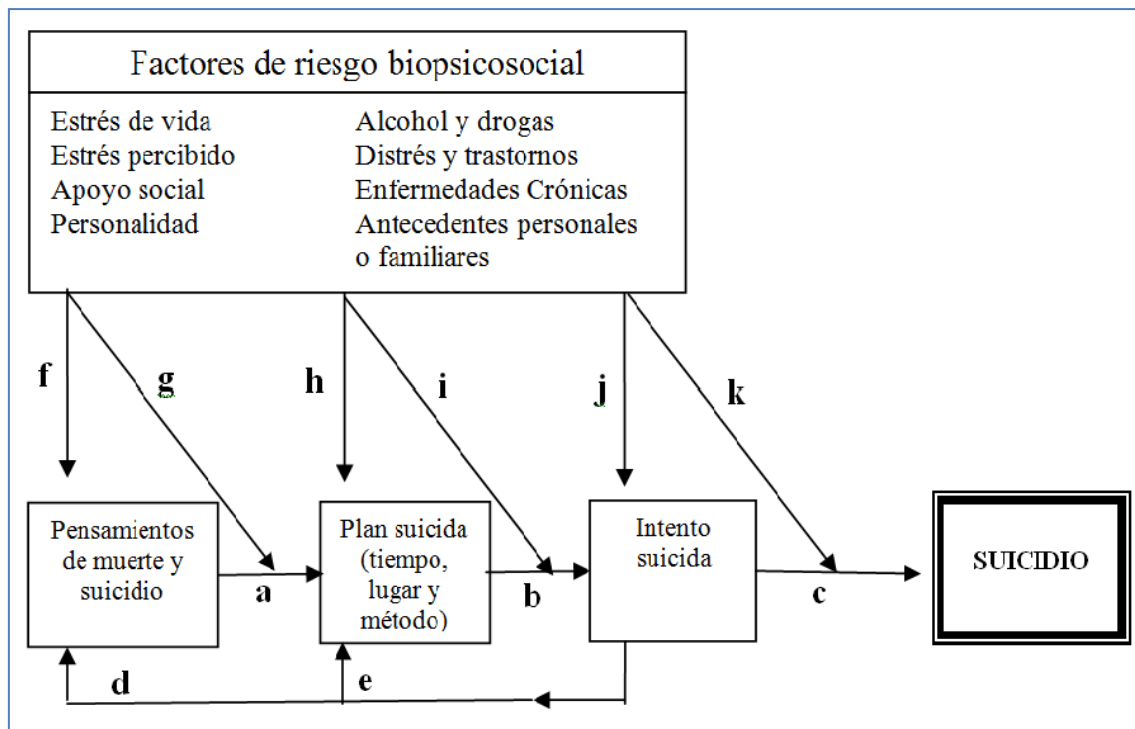


Figura 1. Modelo del proceso del suicidio de Vilhjalmsson et al (1998) (Traducción propia)

3.2.2. La ideación suicida

Entre las manifestaciones del comportamiento suicida, la ideación suicida es considerada como la de menor riesgo; no obstante, representa su primera manifestación. Esto ubica a la ideación suicida como un asunto de vital importancia para la toma de decisiones orientadas a la identificación de personas con riesgo de suicidio (Rosales, 2010).

Se considera que la ideación suicida es un fenómeno prevalente en los adolescentes y adultos jóvenes así como es un factor de riesgo para el intento de suicidio (Conner, Meldrum, Wiwczorek, Duberstein, & Welte, 2004). Está representada por la presencia de planes y deseos actuales para cometer el suicidio en personas que no han realizado algún intento reciente de suicidio (Beck, Steer, & Ranieri, 1988).

La distinción entre ideación y el intento suicida difieren en términos del grado de severidad o intensidad de la motivación para terminar con la propia vida así como la naturaleza de su expresión. En el caso de la ideación suicida, está más relacionada con procesos cognitivos, mientras que intento se relaciona al comportamiento (Norlev, Davidsen, & Sundaram, 2005). Asimismo, las ideaciones suicidas presentan distintos grados de severidad, desde aquellas relacionadas a deseos pasivos de morir hasta planes completamente formulados para morirse (Casey, y otros, 2006) . Estos últimos son de mayor importancia clínica.

Rosales (2010), tomando el planteamiento de Neuringer (2001), señala tres características del pensamiento suicida.

- Estructura de pensamiento suicida
- Rigidez y constricción
- Percepción distorsionada del tiempo

La estructura del pensamiento suicida comprende tres aspectos. El primero de ellos corresponde al razonamiento catafórico, que hace referencia a un raciocinio basado en

falacias lógicas, tales como suponer lo siguiente: “todo el que se mata a sí mismo recibe atención; por lo que si yo me mato recibiré atención”. La segunda concierne a una desorganización semántica, identificada con estrategias cognitivas dirigidas a la evitación del pensamiento asociado al temor de morir. La tercera atañe a un pensamiento dicotómico extremo, que implica la polarización del pensamiento, esto es, carencia de oportunidades o puntos medios.

La rigidez y constricción de pensamiento se relaciona con la dificultad para aceptar cambios y nuevas opciones de conductas. Es tipo de raciocinio hacer que la persona se sitúe en una situación sin escape. Por ejemplo, un adolescente que luego de una ruptura amorosa piensa que nadie en el mundo lo ama y que ha perdido la felicidad para toda su vida.

La percepción distorsionada del tiempo es la tendencia a “congelar” o detener el tiempo; es decir, la incapacidad de incorporar el pasado y prever acciones para el futuro. Razón por la cual las personas con tendencia suicida perciben los hechos o acontecimientos en el tiempo de modo significativamente distinto al de las demás personas, pues para ellas no hay más tiempo que el presente, el cual además no es nada significativo. Esto limitaría la capacidad del adolescente para identificar situaciones positivas o buenas que también pudo haber experimentado durante los años de su vida así como para visualizar un conjunto de oportunidades que podría alcanzar en un futuro.

Otro aspecto importante de la ideación suicida considerado también por Rosales (2010) es que generalmente ella generalmente no se presenta sola; es decir, viene acompañada de lo que se denomina factores de riesgo. Esto último permite distinguir entre casos de *ideación suicida silenciosa* y los de *ideación suicida manifiesta*. En estos últimos casos la ideación suicida es acompañada de factores tales como alcoholismo, drogadicción, propensión a accidentes, etc.

La evidencia de que la ideación suicida se presenta asociada con otros factores es diversa y múltiple. Así se tiene información de que la ideación suicida, especialmente

en jóvenes y adolescentes, tiende a presentarse en asociación con problemas en el sistema familiar, tales como baja cohesión y adaptabilidad, inseguridad en el cariño de los padres a hijos, violencia de los padres, deficiente comunicación con la madre y el padre, falta de apoyo familiar y estrés vinculado con las relaciones familiares, presencia de ideación suicida en los padres, bajas calificaciones y la percepción de un desempeño escolar regular o malo, sintomatología depresiva, baja autoestima y altos niveles de impulsividad, y, en mujeres, historia de violación y estar sola más de ocho horas al día.

En hombres el estrés crónico es un predictor de la ideación suicida, en tanto que en las mujeres lo es la baja autoestima y la disfunción familiar, lo que se incrementa cuando ésta se combina con el consumo de alcohol. Por otra parte, se ha reportado que la permanencia de la ideación suicida por periodos largos es un antecedente significativo para el pronóstico del intento de suicidio. Es más, se ha registrado que si se presenta ideación suicida durante la adolescencia y se vuelve a manifestar en la adultez, se incrementaría la probabilidad de la aparición de problemas en el funcionamiento psicosocial y, en general, de síntomas psicopatológicos.

3.2.3. La ideación suicida en los adolescentes

La adolescencia es un periodo particularmente vulnerable en la vida. Aun no equipados con las suficientes habilidades para la vida, los adolescentes se involucran en comportamientos de alto riesgo, buscan desesperadamente la aprobación de sus coetáneos y experimentan más conflictos con la autoridad. En opinión de Ann (2010), el escenario antes descrito, sería razón para no sorprendernos que los adolescentes tengan mayores índices de muertes violentas, especialmente el suicidio.

A partir del año 2001 La Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró el suicidio como un tema importante para la salud pública de los jóvenes por tres razones (Eguiluz, Córdova, & Rosales, 2010):

- a. Es una de las principales causas de muerte entre la población joven en la mayoría de los países desarrollados así como en los que están en vías de desarrollo.
- b. Existe grandes diferencias en las tasas de suicidio entre los diferentes países del mundo, los sexos y los grupos de edad (indicador de la compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales)
- c. Los suicidios de gente joven y de las mujeres se han convertido en un problema creciente en todo el mundo.

Para González-Forteza y Jimenez (2010) la investigación de la problemática suicida en los estudiantes adolescentes requiere centrar nuestra atención en la categoría Lesiones Auto-infligidas Deliberadamente (LAD), ya que su definición comprende un amplio espectro de conductas, que pueden tener como resultado secuencias letales o no letales. En este conjunto de conductas auto-destructivas están implícita aquellas denominadas: gesto suicida, intento o tentativa suicida (con su monto de letalidad correspondiente) y, en consecuencia, el suicidio consumado. Sea cual fuere la causa que consciente o inconscientemente motive a los adolescentes a autolesionarse o tratar de quitarse la vida, el control sobre la vida o la muerte no es absoluto; ya que hay quienes han sobrevivido a la autolesión, aun teniendo una franca convicción y propósito de morir, y haya quienes han muerto habiendo querido permanecer vivos. En definitiva, las lesiones auto-infligidas deliberadamente, y el intento de suicidio en específico, por sí mismos se constituyen en factores de riesgo para la salud mental, más allá de las interpretaciones que se les pudiera o se les quisiera asignar.

La problemática de suicida en la población escolar es un tópico relativamente reciente, pero que amerita atención urgente; pues las condiciones que la subyace también tienden al aumento y, con ello, la tendencia al riesgo suicida es cada vez mayor (González-Forteza & Jimenez, 2010).

Una de las dinámicas importantes en el suicidio adolescente es la herida narcisista, cuando un pedido de ayuda es sentido como no aceptable para un ego ideal (Apter,

2002). Esto llevaría a los adolescentes a intentar suicidarse ante el más mínimo fracaso. Es más, muchos de estos tipos de adolescentes son descritos como personas muy “*cerradas*” para quienes la costumbre de no expresar sus emociones no les permiten quejarse o pedir ayuda.

Aunque algunos jóvenes realizan intentos de suicidio impulsivo, muchos experimentan pensamientos suicidas y transitan el proceso planteado por el modelo continuo del suicidio (ver apartado 3.2.1.2). Así por ejemplo, para el caso de los estudiantes de secundaria estadounidenses, se halló que 21% había tenido pensamientos suicidas en lo que va del último año; 16% había tenido planes de intento de suicidio y 3% tuvo un intento de suicidio que requirió tratamiento médico (Kachur, Potter, Powell, & Rosenberg, 1995)

Por su parte, Norlev y otros (2005) señalan algunos estudios que reportan una prevalencia vida de ideación suicida de los adolescentes de 10 años ubicada entre el 2% al 19%, mientras que la del intento de suicidio del 0,7% al 6%; asimismo, del 3.8% al 14.0% habrían realizado uno o más intentos de suicidio. Como en la mayoría de estudios, las mujeres presentan mayor nivel de ideación suicida en los primeros años de la adolescencia en comparación con los varones (Borges & Werlang, 2006; Jatobá & Bastos, 2007; Park, Schepp, Jang, & Koo)

Para Lippincott, Williams y Wilkins (2001) las ideas o pensamientos suicidas es común entre los niños y adolescentes de ambos sexos y no siempre están asociados a rasgos psicopatológicos. No obstante, son de interés clínico cuando se presentan como amenazas serias para la integridad del adolescente. Asimismo, los trastornos del comportamiento incrementan el riesgo de ideación suicida en niños de 12 años de edad y los más jóvenes. De otro lado, el consumo de sustancias psicoactivas y la ansiedad de separación podría provocar en los adolescentes con ideas suicidas de ambos sexos un intento de suicidio. Dichos autores refieren también que los trastornos del humor y la ansiedad incrementa el riesgo de ideación suicida. Así por ejemplo, los ataques de pánico son un factor de riesgo de la ideación suicida; mientras que la agresividad incrementa el riesgo de ideación o intento de suicidio en los varones. Los adolescentes

con intento de suicidio se diferencian de aquellos con ideas suicidas por presentar una severa y más duradera desesperanza, aislamiento, ideación suicida y resistencia para discutir sobre los pensamientos suicidas.

En el caso de Latinoamérica, la ideación suicida en muchas ciudades sudamericanas está por encima del promedio mencionado en la revisión sistemática, pues oscila entre 17.1% en Brasil (2005) y 59.7% en Chile (2007). Llama la atención que en Perú, en estudios realizados sobre todo en zonas urbanas, este problema aparece con una frecuencia hasta 20% mayor al promedio sudamericano. En Perú el antecedente de intento suicida fluctúa entre 2.9% en la sierra (2003) y 22.3% en la costa norte (2011), por lo que sería importante estudiar cuáles son los factores que lo propician, pues la evidencia de estudios realizados en este grupo etario lo proyecta como la principal comorbilidad y causa de mortalidad asociada con los trastornos mentales para 2020.

Tabla 2

Cifras de prevalencia de la ideación e intento de suicidio en adolescentes del Perú y Latinoamérica.

	<i>Perú 2003</i>				<i>Brasil</i> <i>2005</i>	<i>México</i> <i>2006-2009</i>	<i>Chile</i> <i>2007</i>	<i>Colombia</i> <i>2008</i>
Características	Lima metropolitana (n= 1450)	Sierra norte y centro (n= 1568)	Amazonía 2008 Pucallpa y Ucayali (n= 263)	Costa norte 2011 (n=844)	Campinas, Sao Paulo (n= 515)	Colima, México (n= 12424)	Metropolitana de Santiago (n=1249)	Región de Manizales (n= 1298)
Rango de edad	15-24	12-17	12-19	10-18	>14	14-19	14-19	15-24
Pensado o deseado morir	48.0	26.9	33.6	47.4	17.1	47	59.7	45.3
Pensado o querido hacerse daño	...	...	...	37.1	...	...	...	41.1
Suicidio como solución a sus problemas	30.0	9.8	21.1	40.7	16.5	39	46.0	1.8
Planeado cómo suicidarse	15.1	3.8	...	36.1	4.8	...	36.0	2.4
Antecedente intento suicida	8.7	2.9	18.1	22.3	2.8	9	18.8	...

FUENTE: Vera y Díaz (2012)

3.2.4. Factores psicosociales relacionados a la ideación suicida

A decir de Lee y Jung (2006), existe en la explicación del comportamiento suicida un debate continuo acerca de la relativa importancia de los factores de riesgo socio-ambientales en comparación con los factores de diagnóstico psiquiátrico. No obstante dichas posturas, es de vital importancia para los profesionales de la salud entender cada posible factor relacionado con el comportamiento suicida, sobre todo aquéllos que permiten una mayor predicción de ésta conducta.

La identificación de factores relacionados al riesgo suicida responde a una necesidad de prevención secundaria. Se implementa a través del diseño y construcción de instrumentos de tamizaje para la detección temprana y oportuna de los adolescentes con riesgo suicida (González-Forteza & Jimenez, 2010). El propósito de este tipo de tamizaje es el de habilitar al personal escolar asignado en cada plantel y a los equipos de salud, con herramientas eficaces y fáciles de aplicar. También es de utilidad implementar registros periódicos para contar con bases de datos sistemáticas para monitorear a la población escolar en cuestión.

Por otro lado, la identificación de los factores protectores del comportamiento suicida es de utilidad para la elaboración de las estrategias de promoción. Los factores protectores potencian el esfuerzo preventivo, dado que al interactuar con los factores de riesgo, pueden minimizar el riesgo de suicidio, o prevenir la incidencia de otros factores de riesgo asociados con la conducta suicida. Aunque los test de factores protectores son raros en la literatura de investigación del suicidio, diversos estudios de factores asociados con bajo riesgo de comportamiento suicidio han producido resultados interesantes (Nock M. K., y otros, 2008). Así, por ejemplo, las creencias religiosas, la práctica religiosa y la espiritualidad han sido relacionadas con la disminución de la probabilidad del intento de suicidio. Mediadores potenciales de esta relación, tales como la sanción moral del suicidio y el apoyo social, también parece proteger contra el intento de suicidio de personas en riesgo. Asimismo, el ser gestante o tener hijos pequeños en casa también son factores protectores ante el suicidio.

Tomando en consideración el modelo de comportamiento suicida formulado por Vilhjalmsson et al (1998) y los resultados de investigaciones empíricas referente a los factores relacionados a la ideación suicida, se consideró de relevancia para fines del presente estudio la evaluación empírica de cuatro factores psicosociales planteados por la literatura como determinantes de la ideación suicida: funcionamiento familiar, estrés percibido, estrategias de afrontamiento y apoyo social.

3.2.4.1. Funcionamiento familiar

El funcionamiento familiar se define de acuerdo a las diversas pautas de interrelación que se establecen entre los miembros del grupo familiar. Estas se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí y en relación con el grupo en su conjunto. De acuerdo con ello, la familia es funcional cuando contiene un nivel de adaptabilidad a determinados cambios, crisis o conflictos y puede adecuar sus roles, normas y actitudes para encontrar soluciones viables a la situación problemática.

La familia funcional se caracteriza por la capacidad de afrontar los diferentes cambios generados, bien por la etapa del ciclo vital en el que se encuentren o por las determinadas situaciones capaces de producir tensión.

Crowell, Beauchaine, McCauley y Smith (2008) consideran que son numerosos los estudios que se han centrado en el contexto familiar como uno de los factores de riesgo ambientales que contribuyen a la ideación suicida de los adolescentes. Así, Lai y Shek (2009) en una investigación de 5557 estudiantes de secundaria de Hong Kong, obtuvieron correlaciones significativas ($r=-.460$) entre funcionamiento familiar e ideación suicida. También, Van Renen y Wild (2008) constataron en una muestra de adolescentes que el grupo que mostraba mayor ideación suicida también tenía una menor comunicación y mayores conflictos con sus padres. En un estudio de prevalencia realizado en la Ciudad de México, Pérez, Rivera, Atienzo, de Castro, Leyva, y Chávez, (2010) concluyeron que los estudiantes que informaron que tenían un bajo apoyo familiar tenían un 69% más de probabilidad de presentar ideación suicida.

Esto apoyaría aquellas teorías que postula que los factores familiares contribuyen al desarrollo de labilidad emocional y el riesgo asociado a la psicopatología entre individuos vulnerables. Las víctimas de suicidio también son más probables de experimentar estresores familiares, donde se incluye el conflicto padre-hijo, el abuso físico y el divorcio.

En el caso de las familias de los adolescentes que realizaron acto de auto-daño exhiben un menor afecto positivo y menor cohesión familiar. La literatura describe la desorganización familiar y los conflictos con los familiares como factores de importancia para el desarrollo de individuos con conductas autodestructivas (Guevara, Roxo, & Fensterseifer, 2005). La ausencia, principalmente de la figura paterna, en virtud de una separación conyugal, puede estar asociada al comportamiento suicida. Los adolescentes con dificultades en su ambiente familiar tienden a interiorizar sus problemas, manifestándolos a través de conductas agresivas y delictivas además del comportamiento suicida.

3.2.4.2. El estrés percibido

Existen muchos enfoques y formulaciones del término estrés. Puede ser entendido como un fenómeno del ambiente externo- estimulación dolorosa, ruido, discusiones, entre otros- en este caso, el estrés es considerado una variable independiente. Puede ser considerado, también, como una respuesta del individuo – activación simpática, liberación de catecolaminas o cortisol, ansiedad, enojo, entre otros, en este caso, el estrés actúa como una variable dependiente. Asimismo, una tercera alternativa es aquella donde el estrés es considerado como una interacción (transacción) entre la persona y su ambiente – un proceso.

Lazarus y Folkman (1984) plantean que el estrés (psicológico) debería ser considerado como una relación particular entre el individuo y su ambiente, el cual es evaluado por la persona como amenazante o de excesiva demanda de recursos, y el cual pone en peligro su bienestar. Esta definición del estrés dada por estos autores es conocida como la perspectiva transaccional del estrés, según la cual tanto las condiciones internas como externas deben existir para que una respuesta de estrés ocurra y es precisamente la

relación entre dichas condiciones las que genera la ocurrencia del estrés y sus características individuales. Esto explica por qué los individuos pueden responder de manera diferente hacia los mismos estímulos y, dependiendo de su historia, experiencias y características personales, intentarán manifestar interpretaciones diferentes y estilos de afrontamiento en cada situación.

Para Brown (2006) el estrés percibido es uno de los principales factores de riesgo para la ideación suicida. Esto se confirmaría a través del alto nivel ideación suicida hallado en los jóvenes que experimentan altos niveles de estrés. El establecimiento de la relación entre la ideación suicida y el estrés percibido ha sido a través de estrategias tales como el análisis de diferencia de grupos, correlaciones bivariadas y el análisis de regresión múltiple.

3.2.4.3. Afrontamiento

Diversos autores han considerado la importancia de los factores de la personalidad que podrían ser utilizados para evaluar el riesgo suicida los comportamientos suicidas y ciertas variables de la personalidad han sido objeto de una amplia investigación (Hewitt, Flett, & Weber, 1994). Esto ha permitido para mejorar la predicción del comportamiento suicida. Con pocas excepciones casi todos estos trabajos han sido enfocados en identificar los atributos mal adaptativos de las personas suicida. Poca atención ha sido brindada al asunto de si las personas suicidas carecen de características adaptativas importantes presentes entre los individuos no suicidas, y si es así, cuáles serían estas características.

El énfasis en la investigación de las creencias y expectativas de los sobrevivientes al intento de suicidio es compatible con los enfoques teóricos cognitivos respecto al comportamiento suicida. En esta perspectiva, el rol de los patrones cognitivos, creencias, expectativas, estilos o capacidades son resaltadas como mediadores importantes de los comportamientos suicidas. Esto indica que los factores que diferencian a las personas suicidas de los no suicidas es el contenido de su sistema de creencias. Uno de los sistemas de creencias utilizados para entender el comportamiento suicida corresponde a las estrategias de afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento tienen dos funciones: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia. Más específicamente las estrategias de afrontamiento tiene que ver con los recursos internos y externos utilizados por la persona para dominar, reducir o tolerar las exigencias del entorno o internas a la persona y que se han derivado como consecuencias de las contingencias o transacciones estresantes, que en el caso del cuidado de personas con dependencia son derivadas de las demandas del cuidado. Esto implica que no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que la variable desencadenante de tal reacción es la interpretación que el individuo haga de tales situaciones o estímulos.

Existen estudios que señalan los hombres poseen una respuesta al estrés menos saludable que las mujeres, ellos tienen más probabilidad que las mujeres de utilizar estrategias de afrontamiento de rechazo – tal como negación, distracción e incremento del consumo de alcohol- y son menos probables de emplear estrategias de afrontamiento saludables de prevención y de reconocer su necesidad de ayuda (Friedman, 1991; Kopp, Skrabski y Szedmak, 1998; Weidner y Collins, 1993). Así, los hombres podrían negar su estrés físico o emocional, o intentar ocultar sus enfermedades o incapacidad (Courtenay, 2001a). Entre las personas con depresión, por ejemplo, los varones son más probables que las mujeres de confiar sólo en ellos mismos, retraerse socialmente e intentar de resolver por sí mismo los sentimientos suicidas (Courtenay, 2000b).

De acuerdo a Crespo y Cruzado (1997, citado por Fernández, 2009) existe una gama amplia de estrategias o modos de afrontamiento los cuales varían dependiendo del método usado o de la focalización de la respuesta. Dicho método señala que las estrategias pueden ser activas ó evitativas, y en función de la focalización pueden orientarse hacia la resolución de problemas o bien hacia el control de la emoción, y a su vez, cada una de estas respuestas pueden ser de carácter conductual o cognitivo. La combinación de estos criterios determina un total de 14 categorías, las cuales se especifican a continuación:

- a. **Afrontamiento activo:** lleva a cabo acciones para eliminar o paliar el estresor.

- b. **Planificación:** pensar cómo va hacer frente al estresor y planificar sus esfuerzos de afrontamiento activo.
- c. **Búsqueda de apoyo social instrumental:** buscar ayuda, información o consejo acerca de qué hacer.
- d. **Búsqueda de apoyo social emocional:** obtener simpatía o apoyo emocional de alguien.
- e. **Supresión de actividades distractoras:** retirar la atención de otras actividades en las que pueda estar implicado, para concentrarse de forma más completa en el estresor.
- f. **Religión:** aumentar su implicación en actividades religiosas.
- g. **Reinterpretación positiva y crecimiento personal:** sacar lo mejor de la situación para desarrollarse como persona a partir de ella, o verla desde una perspectiva más favorable.
- h. **Refrenar el afrontamiento:** afrontar la situación pasivamente, posponiendo cualquier tentativa de afrontamiento hasta que pueda ser útil.
- i. **Aceptación:** aceptar el hecho de que el suceso ha ocurrido y es real.
- j. **Centrarse en las emociones:** incremento de la atención hacia el propio malestar emocional acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
- k. **Negación:** intenta rechazar la realidad del suceso estresor.
- l. **Desconexión mental:** desconectarse psicológicamente del objetivo con el que el estresor está interfiriendo, mediante ensoñaciones despierto, sueño o auto distracción.
- m. **Desconexión conductual:** renuncia de cualquier esfuerzo a abandonar cualquier tentativa de alcanzar el objetivo con el que el estresor está interfiriendo.
- n. **Humor:** se consideran eficaces según estén dirigidas a hacer bromas acerca del estresor.

A decir de Pérez (2008), la mayoría de los autores que han estudiado el afrontamiento concuerdan en clasificar tres dominios generales de las estrategias de afrontamiento

utilizadas por las personas: si están dirigidas a la valoración se les denomina afrontamiento cognitivo; si están dirigidas al problema afrontamiento conductual, y si sólo están dirigidas a la emoción, afrontamiento emocional. No obstante, señala el mismo autor, con anterioridad Lazarus y Folkman distinguido dos dimensiones principales, las estrategias centradas en el problema y las centradas en la emoción.

Por otro lado, no hay suficiente consenso sobre cuál es el tipo de estrategia más eficaz, aunque se ha sugerido que el afrontamiento orientado al problema es más efectivo que el centrado en la emoción.

3.2.4.4. Apoyo social percibido

De acuerdo con Groholt, Ekeberg y Haldorsen (2000, citado en Rojas & Arévalo, 2008) el apoyo social, también conocido como soporte social, expresa a un sentido de pertenencia, especialmente entre pares, con la comunidad o demás miembros de la familia.

Para Avendaño y Barra (2008) los efectos del apoyo social sobre el bienestar y la salud se han conceptualizado desde dos modelos diferentes. Desde un modelo de efectos principales, se sostiene que el apoyo social favorece el bienestar y la salud independientemente de los niveles de estrés del individuo; por otra parte, desde el modelo de amortiguación se sostiene que el apoyo social sirve como una fuente de protección de los efectos patogénicos de los eventos estresantes muy intensos o prolongados. Independientemente del modelo al que se adhiera, la literatura en torno al tema muestra evidencias concluyentes en adultos, respecto a la influencia del apoyo social en la salud y en la calidad de vida en general y específicamente en personas con enfermedades crónicas.

Respecto a los adolescentes, aunque la evidencia es menos numerosa y concluyente, también se ha informado la existencia de una relación general entre apoyo social y estado de salud y entre apoyo social y calidad de vida. Los estudios han determinado que el nivel de apoyo social percibido tenía una influencia significativa sobre la calidad de vida. Los niños con menor apoyo social reportaron más baja calidad de vida en

comparación con los que percibían mayor apoyo, especialmente en la dimensión de relaciones con los padres y vida en el hogar, por lo que se concluye que el apoyo social que proveen los padres incrementa la calidad de vida en niños y adolescentes. Esto último se explicaría debido a que los miembros de la familia proveen un recurso único de apoyo tanto en preocupaciones cotidianas como en situaciones de emergencia, a diferencia de los pares que resultan de poca ayuda en éstas últimas.

Brown (2006) sugiere que el apoyo social estaría asociado con todos los tipos de comportamiento suicida. De este modo, con una red social poco atenta, hostil y desaprobadora, o la ausencia de una red social, las crisis en las personas podrían no ser reconocidas, especialmente si la persona no comunica claramente sus necesidades. En este contexto no habría disponibilidad del apoyo emocional durante las crisis, el apoyo activo en reducir el estrés y las sugerencias de alternativas posibles para resolver los problemas. Asimismo, las personas con comportamiento suicida frecuentemente se experimentan a sí mismos como extraños al resto y se sienten escépticos acerca de las relaciones sociales satisfactorias.

Se piensa que las personas con comportamiento suicida fracasan constantemente en comunicar su vulnerabilidad emocional hacia los otros, incluso en situaciones de terapia, lo que no les permitiría obtener el adecuado apoyo o soporte social que necesita (Brown, 2006). Este tipo de personas desarrollarían lo que se conoce como “*falsa competencia*”, resultado de la inhibición de sus experiencias emocionales, aún cuando se trataría de emociones apropiadas o esperadas. Se plantea que dicha inhibición obedecería al castigo y desaprobación de la expresión emocional durante la niñez, aún cuando se trataría de reacciones emocionales normales. De este modo, este tipo de personas experimentarían una profunda confusión mientras que al mismo tiempo comunican una aparente calma o control.

3.3. Hipótesis

La presente investigación estuvo orientada a contrastar hipótesis de nivel descriptivo, relacionales y de diferencia de grupos:

- La prevalencia de la ideación suicida en los adolescentes escolares de la ciudad de Cajamarca es mayor a la reportada por el Instituto Nacional de Salud mental para el año 2003 (prevalencia vida = 26.2% y prevalencia mes= 5.85)
- La prevalencia de intento de suicidio en los adolescentes escolares de la ciudad de Cajamarca es mayor a la reportada por el Instituto Nacional de Salud mental para el año 2003 (prevalencia vida = 2.2% y prevalencia mes = 0.2)
- Los adolescentes escolares de la ciudad de Cajamarca con antecedente de intento de suicidio presentan mayor nivel de ideación suicida que aquellos con intento de suicidio previo.
- Las adolescentes escolares de la ciudad de Cajamarca presentan un mayor nivel de ideación suicida que los adolescentes escolares.
- Los adolescentes escolares de la ciudad de Cajamarca pertenecientes a colegios públicos presentan mayor nivel de ideación suicida que los pertenecientes a colegios privados.
- Existe diferencia en el nivel de ideación suicida de los adolescentes escolares de la ciudad de Cajamarca respecto la variable grado de estudios.
- Existe diferencia en el nivel de ideación suicida de los adolescentes escolares de la ciudad de Cajamarca según la variable persona con quién vive.
- Existe una relación indirecta entre el funcionamiento familiar y el nivel de ideación suicida.
- Existe una relación directa entre el estrés percibido y el nivel de ideación suicida.
- Existe una relación indirecta entre el apoyo social percibido y el nivel de ideación suicida.
- Existe diferencia en las estrategias de afrontamiento entre los adolescentes con alto nivel de ideación suicida respecto a los que presenta menor nivel de ideación suicida.

3.4. Definición de términos Básico

Suicidio

Muerte debida a una lesión, envenenamiento o asfixia con evidencia, (explícita o implícita), en la que la lesión es auto-infligida y donde la intención del sujeto es matarse, en este término el suicidio consumado actúa como sinónimo.

Ideación suicida

Manifestación del comportamiento suicida que expresa la presencia de pensamientos, planes o deseos de cometer suicidio en un individuo que no ha hecho un intento de suicidio reciente.

Intento de suicidio

Acto mediante el cual el individuo se causa una lesión o daño con el fin de obtener la propia muerte, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su letalidad

Factores psicosociales

Variables de naturaleza cognitiva que expresa un tipo específico de percepción que tiene la persona de sí misma o contexto socio-ambiental donde se encuentra.

Funcionamiento familiar

Expresa el nivel de adaptabilidad que tiene la familia como un sistema organizativo para hacer frente a determinados cambios, crisis o conflictos así como la posibilidad de adecuar sus roles, normas y actitudes para encontrar soluciones viables a la situación problemática.

Apoyo social percibido

Percepción de un sentido de pertenencia con los pares, la comunidad y demás miembros de la comunidad.

Estrés percibido:

Grado en que las personas valoran los acontecimientos que viven como estresantes; es decir, es la medida en que las personas ven sus vidas como no predecible, incontrolable u sobrecargada.

Estrategia de afrontamiento

Comprende aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes.

IV. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

4.1. Tipo y diseño de investigación

Para el logro de objetivos y confirmación hipótesis de investigación se desarrolló una investigación de tipo cuantitativo observacional de nivel descriptivo-correlacional. El diseño de la investigación fue prospectivo y de cohorte transversal. Es decir, los procesos de investigación se circunscribieron a la observación y clarificación de las características de las variables de investigación, tomando en consideración la asociación de las mismas. Asimismo, el proceso de observación del objeto de estudio se realizó en un único periodo de tiempo comprendido entre los meses de junio y julio del presente año.

4.2. Población y muestra

En cuanto a la población de estudio ésta estuvo integrada por los adolescentes de nivel secundario de la ciudad de Cajamarca matriculados en el año lectivo 2012. Esta asciende, según estimaciones del INSM HD-HN (2003), a 10 054 adolescentes.

Respecto a los criterios de inclusión se optó lo elegir a colegios particulares con poblaciones escolares superior a 150 alumnos, en el caso de los Colegios Nacionales se optaron por aquellos con población mayor a los 600 alumnos. Por otro lado, no se incluyó a colegios nacionales o privados que presenten dirección religiosa.

Para la selección de la muestra de estudio se desarrolló un muestreo aleatorio por conglomerados a partir de los centros educativos registrados en la Dirección de Educación Cajamarca. El tamaño de la muestra de estudio asciende a 638 estudiantes, 50.6% de éstos son varones y 49.4%, mujeres. Asimismo, 45.1% proceden de centros educativos privados mientras que 54.9%, de centros públicos. (Ver *figura 2 y 3*).

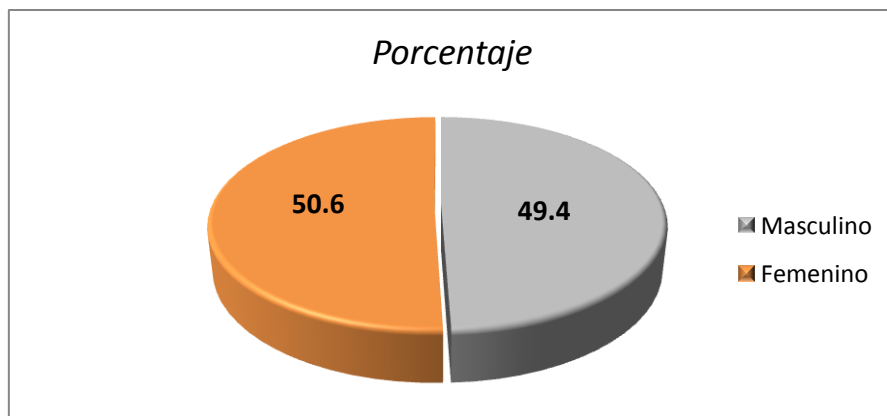


Figura 2. Distribución de estudiantes según sexo.

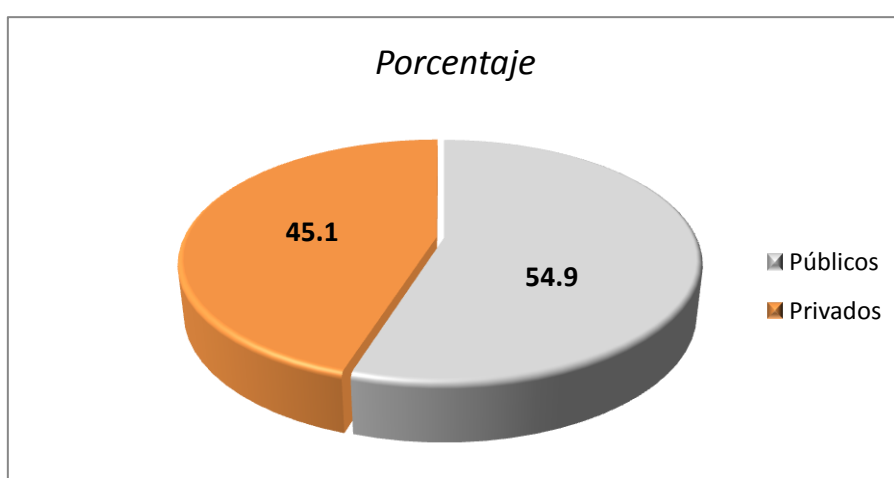


Figura 3. Distribución de estudiantes según tipo de institución educativa.

Con respecto al año de estudios, en la *figura 4* se demuestra que, la muestra está integrada por estudiantes de los distintos años de educación secundaria, siendo preponderante los alumnos de segundo (26.3%), cuarto (20.7%) y quinto año (34%).

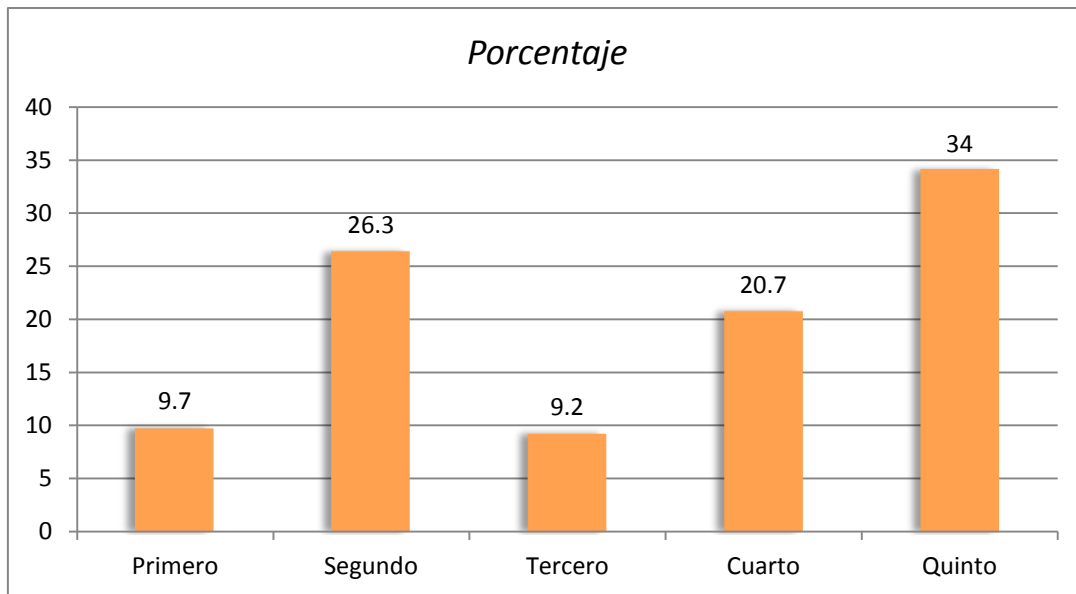


Figura 4. Distribución de estudiantes según tipo de institución educativa.

4.3. Instrumentos y técnicas de recolección de datos

Para la evaluación de las distintas variables de investigación planteadas para la ejecución del estudio se utilizó una serie de cuestionarios de respuesta múltiple cuya aplicación fue en su modalidad de de auto-informe y colectiva. Previo a la aplicación de los cuestionarios se realizó un proceso de validación cualitativa y cuantitativa. En el primer caso, consistió en lograr una validación lingüística de los cuestionarios a fin de prepararlos para su futura aplicación a una muestra de se aplicó el instrumento a 10 estudiantes (varones=5 y mujeres=6) del nivel secundario. Esta estrategia permitió la reformulación en el lenguaje y redacción de algunos ítems de la escala, no obstante se puso atención a no alejarse de las ideas originarias de los ítems de las escalas. Asimismo, nos permitió identificar el nivel de sensibilidad generada en los evaluados luego de contestar la encuesta.

Posteriormente, luego de corregir el formato y terminología del cuestionario inicial, se dispuso realizar una validación cuantitativa de la prueba. Para esto, los cuestionarios fueron aplicados a una muestra piloto 69 adolescentes de 12 a 23 años (varones=37 y mujeres= 32)

Tabla 3
Fiabilidad de los cuestionarios de investigación

<i>ESCALA</i>	<i>ALFA</i>
<i>Apagar Familiar de Smilkstein</i>	0.68
<i>Cuestionario de Ideación Suicida de Reynolds y Mazza</i>	0.96
<i>Escala de Percepción del estrés de Remor</i>	0.72
<i>Cuestionario Breve de Estrategias de Afrontamiento de Carver</i> (1997)	0.83
<i>Escala de apoyo social de Matud (1998)</i>	0.93

Encuesta socio-demográfica.- se trata de una encuesta auto-diseñada que consigna información de características personales tales como sexo, edad, grado de estudios, personas con las que vive y tipo de institución educativa donde estudia.

Cuestionario de Ideación suicida.- Corresponde al Cuestionario de Ideación Suicida de Reynolds y Mazza, utilizado en el estudio de Rojas y Arévalo IRS-25 (2008). También se incluyó un ítem para medir la prevalencia de intento de suicidio. Se realizó una modificación al tipo de respuestas con respecto a su versión original; es decir, de un tipo de respuesta que se medía a través de una escala de 7 puntos desde “nunca he tenido ese pensamiento” hasta “casi todos los días”, se optó por una escala de 5 puntos.

Para la adaptación de Cuestionario de Ideación Suicida de Reynols y Mazza a nuestro contexto local, se realizó una validación cualitativa y otra cuantitativa. La primera consistió en la administración de la prueba a 11 alumnos de nivel de educación secundaria (05 varones y 06 mujeres). Esta estrategia permitió la reformulación en el lenguaje y redacción de algunos ítems de la escala, no obstante se puso atención a no alejarse de las ideas originarias de los ítems de las escalas. Asimismo, nos permitió identificar el nivel de sensibilidad generada en los evaluados luego de contestar la encuesta.

Por otro lado, en el caso de la validación cuantitativa, se administró la escala a 69 adolescentes de 12 a 13 años, 37 varones y 32 mujeres. De esto, se encontró que el Cuestionario de Ideación Suicida de Reynolds y Mazza presenta un índice de fiabilidad óptimo (Alfa= .93). Al mismo tiempo, los niveles de discriminación de sus ítems, a excepción del ítem 7 ($r = .21$), fueron superiores al 0.36. Luego de aplicado el cuestionario de investigación a la muestra de estudio se halló que su índice de confiabilidad obtuvo un valor Alfa de .95; con buenos niveles de discriminación en sus ítems ($r > 0.3$)

Apgar Familiar.- El APGAR-familiar es una escala rápida y sencilla para explorar la función familiar, que fue desarrollada por Smilkstein¹⁶⁶. Este instrumento explora la funcionalidad familiar y ha sido validado en el medio español (Bellón, Luna del Castillo, & Lardelli, 1996). Este cuestionario evalúa la percepción de un miembro de la familia sobre su funcionamiento familiar examinando su satisfacción con las relaciones familiares. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. Se trata de un instrumento que está conformada de 5 cuestiones, con tres posibles respuestas cuyos valores son: 0 (“casi nunca”), 1 (“a veces”), 2 (“siempre”). El rango de su puntuación total oscila entre 0 y 10.

Escala de estrés percibido.- El nivel de estrés percibido fue evaluado a través de la Perceived Stress Scale (PSS, Cohen, Kamarck, and Mermelstein (1983). Esta escala es un instrumento de auto-reporte que evalúa el estrés percibido durante el último mes. Para el presente estudio hemos utilizado la versión española desarrollada por Eduardo Remor (2006), en su versión de 14 ítems y cuyas alternativas tipo likert fueron las siguientes: 0 = nunca, 1 =, casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo. El coeficiente alfa de la escala es modesto (0.72), no obstante permite ser utilizado para los procesos de comparación de grupos.

Escala de apoyo social.- Escala diseñada por Matud (1998) como una medida breve y de fácil aplicación de la percepción global del apoyo social disponible. Está compuesta por 12 ítems que recogen información sobre la percepción de disponibilidad de personas que pueden prestar apoyo emocional, así como información en las áreas personal, laboral (académico) y familiar. Ofrece muestras de las dimensiones de estima, información, compañía y ayuda tangible del apoyo social; todos los ítems se agrupan en un solo factor, donde el alfa de Cronbach oscila entre 0.89 y 0.91.

Validación cultural de los instrumentos:

Para continuar el proceso metodológico se procedió con la etapa de validación cultural. En este punto es importante aclarar que en la literatura sobre adaptación cultural de instrumentos se presentan algunas restricciones, pues este método se orienta hacia la realización de equivalencias lingüísticas, delimitando el uso del concepto *cultural* a comparaciones de tipo lingüístico. Debido a esto y para efectos de este estudio, se ha decidido utilizar el término validación lingüística, a cambio del de validación cultural; pues el primero describe de manera más acertada el trabajo que se llevó a cabo en esta etapa.

Ahora bien, esta fase tenía por objetivo conocer el nivel de comprensión que alcanzó la escala y, si ésta tenía una estructura semántica fácilmente entendible para la mayor parte de la población; para lo cual se llevó a cabo una prueba piloto. Esto se sustenta con el planteamiento de Guillemín (1995) quien afirma que la prueba piloto sirve no sólo para

evaluar la calidad de la traducción, sino también para verificar aspectos prácticos de su aplicación.

4.4. Procedimiento de recolección y análisis de los datos

Para la evaluación de la muestra de estudio se formó un equipo integrado por ocho estudiantes del séptimo y octavo ciclo de la carrera de psicología. Estos fueron capacitados en el uso de técnicas de control de variables extrañas durante los procesos de evaluación, formulación del consentimiento informado oral y orientación para el caso de identificación de estudiantes afectados por la naturaleza del cuestionario.

La recopilación de datos se realizó a través de una matriz de tabulación, instalada en una PC Pentium IV de 3000 Mhz, y construida mediante los programas estadísticos EXCEL 2012. El desarrollo de los análisis cuantitativos se realizó a través del software estadístico SPSS versión 20. Los datos fueron sometidos a análisis descriptivos e inferenciales. Éstos últimos requirieron del uso de la estadística no paramétrica.

V. RESULTADOS

5.1. Análisis de descriptivos univariados

Prevalencia de ideación e intento de suicidio

Según se muestra en la Tabla 4, la prevalencia vida del deseo de estar muerto en los estudiantes evaluados fue de 38.5%; mientras que la prevalencia mes alcanzó un 21.4%.

Tabla 4
Deseó estar muerto.

<i>Tiempo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Intervalo de confianza al 0.05</i>
Alguna vez en la vida	243	38.5	34.7 a 42.3
En este último mes	135	21.4	18.2 a 24.6

n= 631

A continuación se describe uno de los indicadores de gran relevancia en la evaluación de la ideación suicida, aquel orientado en medir la desesperanza. De esto, se halló que 31.3% de los estudiantes manifestó haber considerado alguna vez en su falta de valoración de la vida. A la vez, la prevalecía mes de dicho indicador alcanzó el 18.1% de los evaluados.

Tabla 5
Pensó que no vale la pena vivir

<i>Tiempo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Intervalo de confianza al 0.05</i>
Alguna vez en la vida	199	31.3	27.7 a 34.9
En este último mes	115	18.1	15.1 a 21.1

n= 635

El 28.1% de los estudiantes evaluados manifestó haber pensado suicidarse durante alguna vez en su vida, aquellos que manifestaron experimentar dicho pensamiento durante el últimos mes constituyen el 16.5% (Ver Tabla 6)

Tabla 6
Pensó en suicidarse pero no lo hizo.

<i>Tiempo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Intervalo de confianza al 0.05</i>
Alguna vez en la vida	179	28.1	24.6 a 31.6
En este último mes	105	16.5	13.6 a 19.4

n= 636

De otro lado, 19.6% de los estudiantes evaluados señaló que alguna vez en su vida pensó en la manera de cómo podría suicidarse; esta cifra disminuye cerca de la mitad cuando nos referimos a presentación del mismo pensamiento durante el último mes (Ver Tabla 7).

Tabla 7
Pensó en cómo podría suicidarse

<i>Tiempo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Intervalo de confianza al 0.05</i>
Alguna vez en la vida	124	19.6	16.5 a 22.7
En este último mes	64	10.1	7.8 a 12.4

n= 633

Respecto al intento de suicidio, también conocido como parasuicidio, 19.9% de los estudiantes señaló haber intentado quitarse la vida alguna vez en sus vidas. La prevalencia año del intento de suicidio alcanzó el 8.5%; mientras que la prevalencia mes, el 4.4% (Ver Tabla 8)

Tabla 8
Intentó quitarse la vida

<i>Tiempo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Intervalo de confianza al 0.05</i>
Alguna vez en la vida	126	19.9	16.8 a 23.0
En este último año	54	8,5	6.3.a 10.7
En este último mes	28	4,4	2.8 a 5.9

n= 633

Niveles de riesgo de ideación suicida y factores asociados

Se halló que alrededor del 10% de los estudiantes evaluados presentan un alto o muy alto nivel de riesgo de ideación suicida, aquellos de riesgo bajo constituyen el 19.7%; mientras que los que tienen un riesgo ausente o muy bajo corresponden al 70% (Ver figura 6)

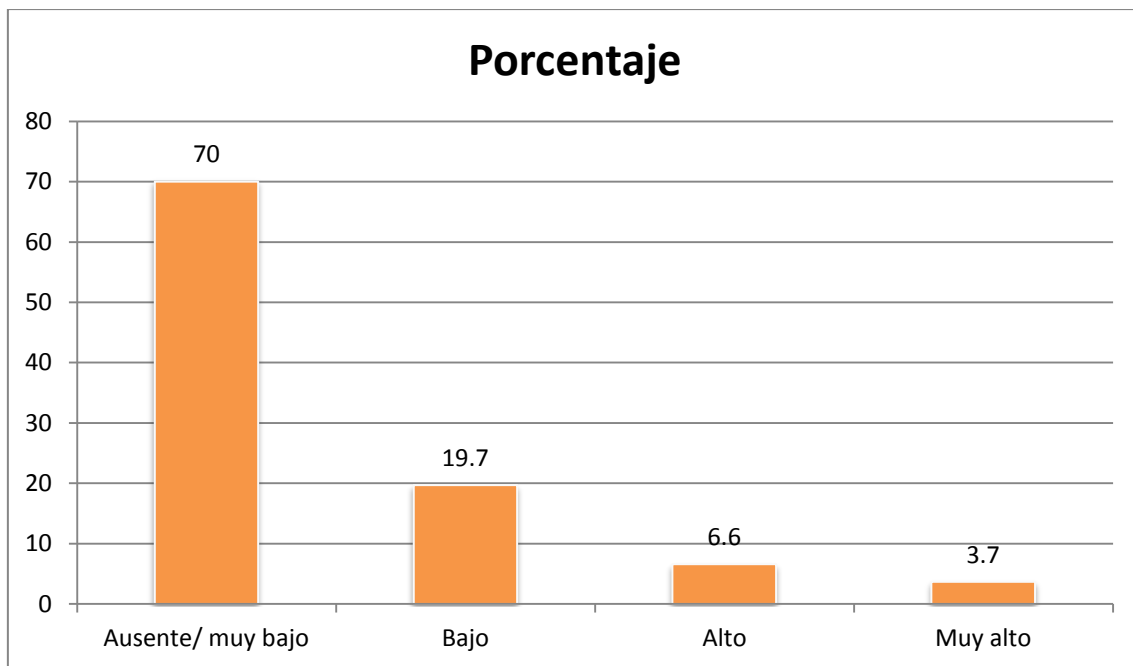


Figura 6. Ideación suicida según nivel de riesgo (n=590)

Se halló que 16.3% de los estudiantes presentan un muy alto nivel de ideación suicida asociada a la desesperanza y deseos de muerte; mientras los que presentan un nivel alto alcanzó el 39.6%. De otro lado, 5.9% de los estudiantes presentan un nivel muy alto de planificación del suicidio y el 22%, un nivel alto. Asimismo, se destaca el 43.7% de los estudiantes que expresan un nivel alto en la consideración de beneficios asociados al suicidio (Ver figura 7).

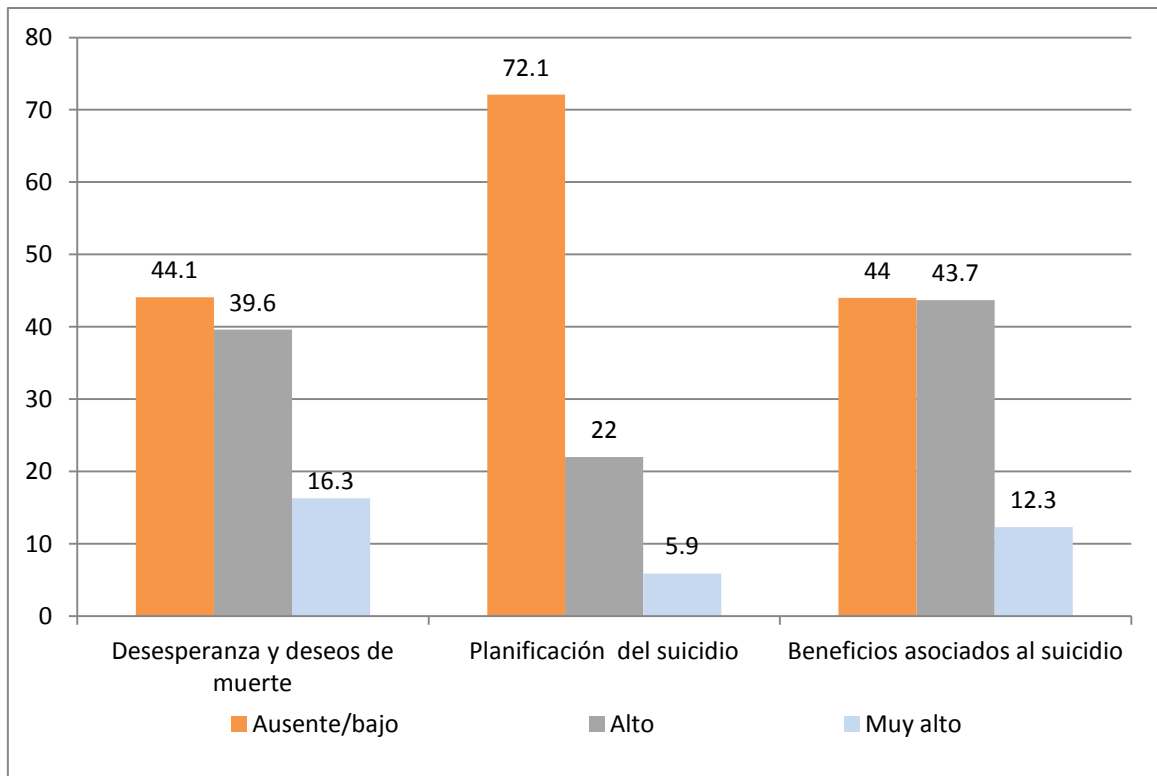


Figura 7. Distribución de estudiantes según modalidades de ideación suicida.

En la *figura 8*, se muestra que 45.1% de los estudiantes tienen una percepción alta del apoyo social que reciben; mientras que 51.9%, un nivel promedio. Aquellos que puntúan con un nivel bajo en apoyo social percibido constituyen el 3%.

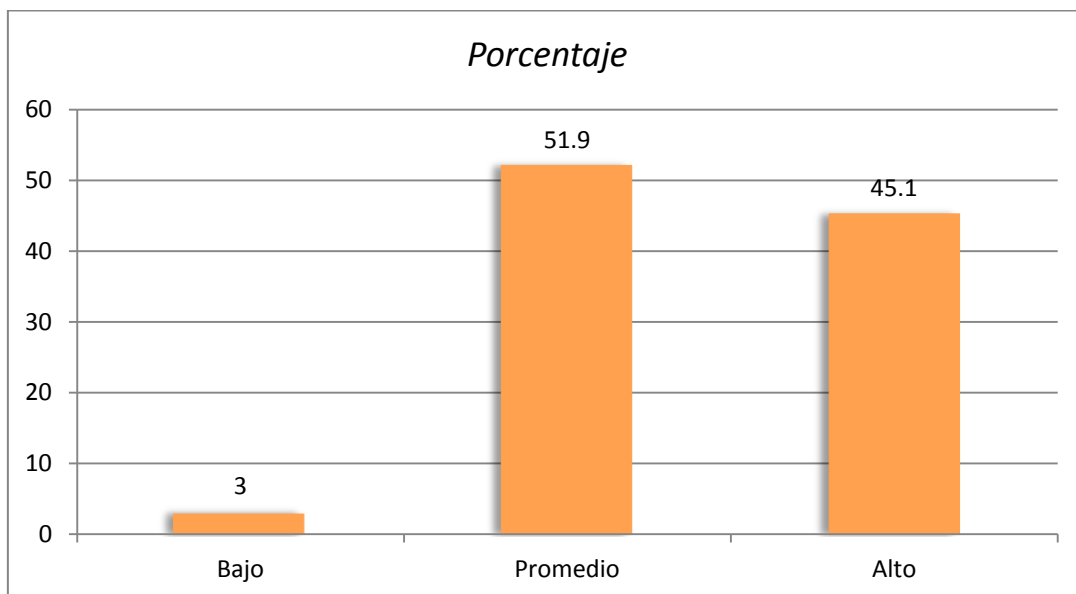


Figura 8. Nivel de funcionamiento familiar en los estudiantes.

En cuanto a la variable estrés percibido, se halló que es poco representativo el porcentaje de estudiantes que se ubican en la categoría alto. El 68.4% de ellos presentan un nivel de estrés medio; mientras que el 31.4%, un nivel bajo. (Ver *figura 9*)

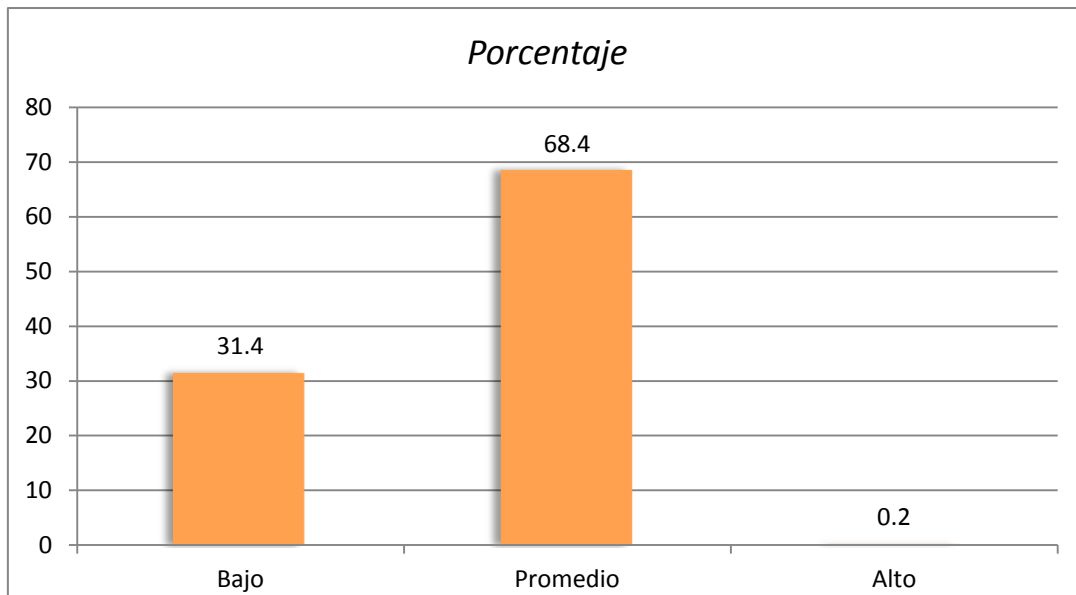


Figura 9. Nivel de estrés percibido en los estudiantes.

Una gran mayoría de los estudiantes puntúan con nivel promedio respecto al apoyo social percibido, aquellos con un alto nivel constituyen el 12.7%, mientras los que presentan un bajo nivel de apoyo social percibido constituyen el 11.8%. (Ver *figura 10*)

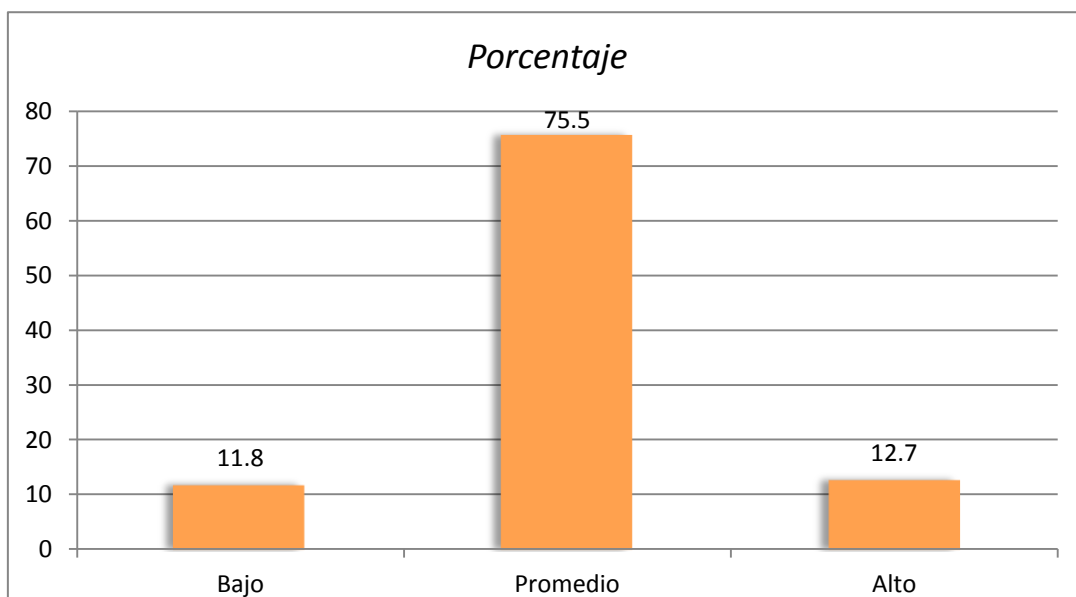


Figura 10. Nivel de apoyo social percibido en los estudiantes.

Entre las estrategias afrontamiento más utilizadas por los estudiantes ante los problemas, es decir obtuvieron puntuaciones altas, se destacaron la búsqueda de apoyo social (34.9%), aceptación (32.8%) y la religión (27.6%). Mientras que en las menos utilizadas, con puntuaciones bajas, se destaca el consumo de alcohol y el desahogo emocional. (Ver *figura 11*)

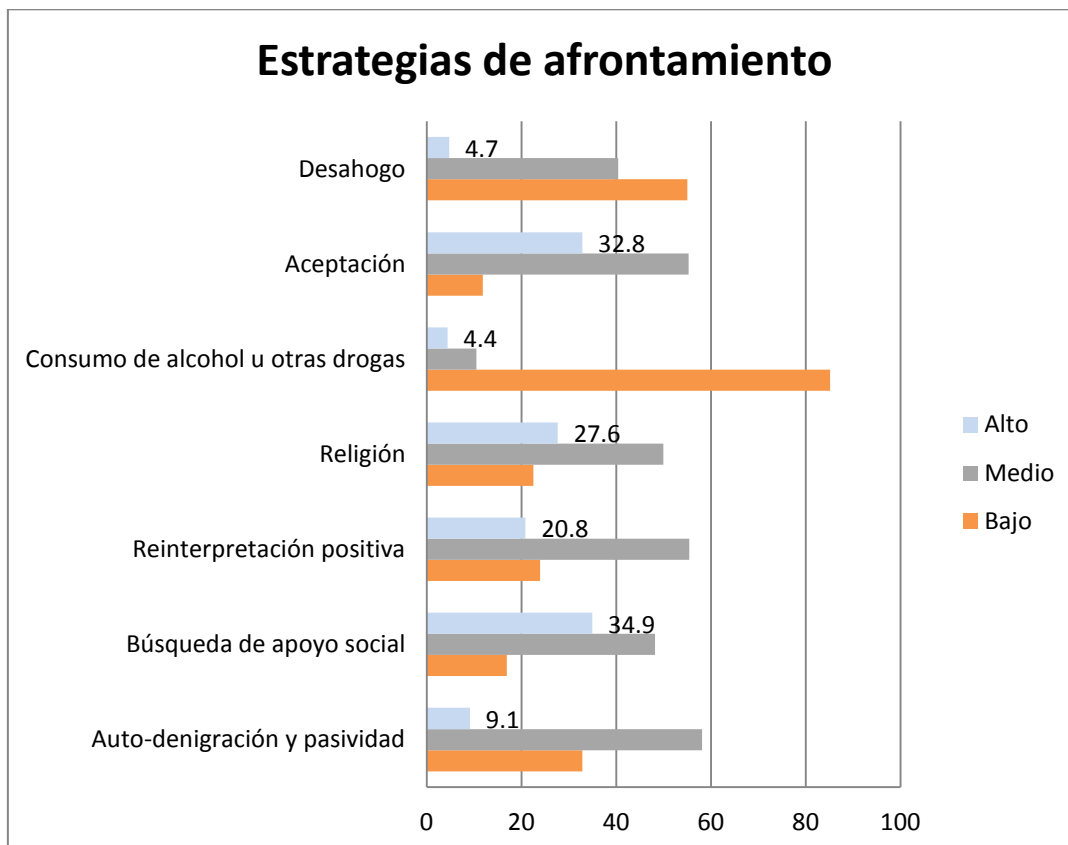


Figura 11. Estrategias de afrontamiento en estudiantes.

5.2. Análisis comparativos según variables socio-demográficas y antecedente de intento de suicidio

La tabla 9 se muestra que existen diferencias estadísticamente significativas en variables socio- demográficas tales como el sexo y vive solo. Es decir, las mujeres superan a los hombres en ideación suicida y los estudiantes que viven solos a los que viven con padres, familiares u otros. No obstante, también es importante señalar el mayor puntaje obtenido por los estudiantes del tercer grado respecto a los otros grados, cuya diferencia se acerca al criterio de demarcación estadística. Esto último también se puede argumentar respecto a la variable antecedente de suicidio, donde se halló que los alumnos con antecedentes de suicidio presentan mayor ideación suicida.

Tabla 9

Prueba de hipótesis para establecer la diferencia de grupos

<i>Variables</i>	<i>Valores</i>	<i>n</i>	<i>Media</i>	<i>Prueba de hipótesis</i>	<i>Sig. asintót. (bilateral)</i>
Sexo	Masculino	356.9	326.89	U de Mann-Whitney	.000
	Femenino	263.2	263.20		
Tipo de colegio	Público	317	291.98	U de Mann-Whitney	.585
	Privado	273	299.59		
Grado de estudios	Primero	56	284.29	Kruskal-Wallis	.401
	Segundo	155	282.27		
	Tercero	56	332.89		
	Cuarto	122	299.50		
	Quinto	201	295.99		
Grado de	Tercero	56	332,89	U de Mann-	.081

estudios	vs Total	534	291,58	Whitney	
Vive con padre	Sí	465	293,71	U de Mann-	.719
	No	124	299,82	Whitney	
Vive con su madre	SÍ	541	292.91	U de Mann-	.311
	NO	48	318.56	Whitney	
Vive solo	SÍ	9	541.17	U de Mann-	.005
	NO	579	292.06	Whitney	
Intento de suicidio previo	SÍ	56	332.89	U de Mann-	.081
	NO	534	291.58	Whitney	

5.3. Análisis correlacionales de factores psicosociales y la ideación suicidio

Se halló que el funcionamiento familiar presenta una relación moderada de tipo negativa con la ideación suicida ($r = -.385$). Asimismo, el estrés percibido obtuvo una relación moderada de tipo positiva con la ideación suicida ($r = .446$). Por otro lado, la relación de ésta última con el apoyo social percibido es baja pero significativa ($r = -.190$) (Ver Tabla 10)

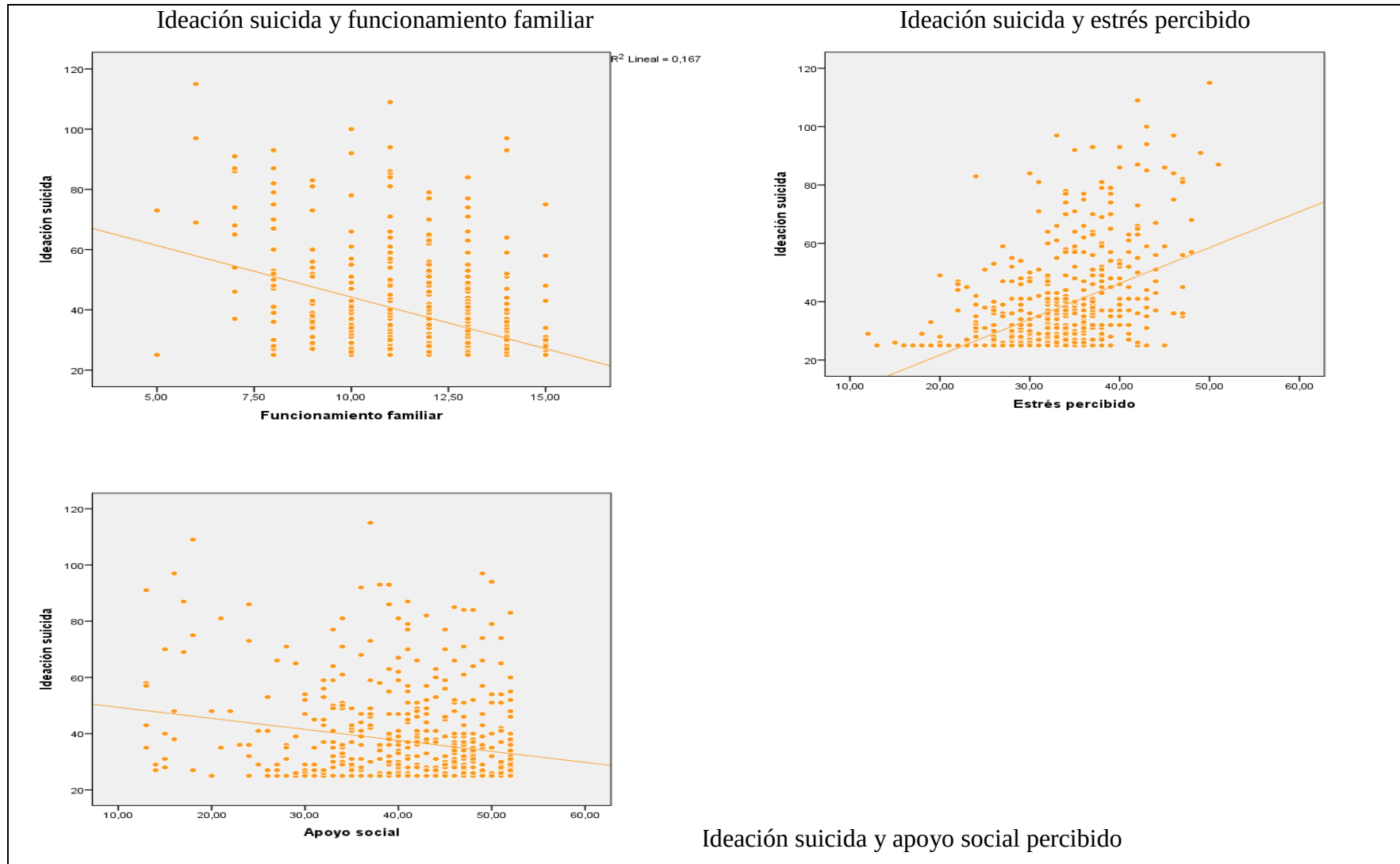
Tabla 10

Ideación suicida y su relación con el funcionamiento familiar, estrés percibido y apoyo social percibido

<i>Variables</i>	<i>Ideación suicida</i>	<i>Sig. asintót. (bilateral)</i>
Funcionamiento familiar	-.385**	.000
Estrés percibido	.446**	.000
Apoyo social percibido	-.190**	.000

**Sig. (bilateral) = .000 Rho de Spearman

Figura 12. Ideación suicida y variables psicosociales



El análisis de las relaciones entre la ideación suicida y las variables funcionamiento familiar, estrés percibido y apoyo social percibido, permitió identificar diferencias en función del sexo, mientras que en el caso de las adolescentes la relación entre el funcionamiento familiar y el estrés percibido es mayor que el de los adolescentes, éstos presentan una mayor relación entre el apoyo social percibido que las adolescentes (Ver Tabla 11).

Tabla 11

Ideación suicida y su relación con el funcionamiento familiar, estrés percibido y apoyo social percibido tomando en consideración el sexo

<i>Variables</i>	<i>Ideación suicida</i> <i>Varón</i>	<i>Sig. asintót.</i> <i>(bilateral)</i>	<i>Ideación suicida</i> <i>en la mujer</i>	<i>Sig. asintót.</i> <i>(bilateral)</i>
Funcionamiento familiar	-.293	.000	-.423**	.000
Estrés percibido	.360	.000	.464**	.000
Apoyo social percibido	-.232	.000	-.178**	.000

**Sig. (bilateral) = .000 Rho de Spearman

Dada la naturaleza dimensional de las variables psicosociales se optó por presentar la relación entre los estilos de afrontamiento y la ideación suicida de manera independiente. Así, se halló que las estrategias relacionadas de manera estadísticamente significativa con la ideación suicida son: auto-denigración y pasividad ($r = .338$), planificación hacia la resolución del problema ($r = -.103$), consumo de alcohol y drogas ($r = .192$) y la de aceptación ($r = -.112$) (Ver Tabla 12)

Tabla 12
Correlación entre la ideación suicida y las estrategias de afrontamiento

<i>Escalas</i>	<i>Ideación suicida</i>	
	Rho de Spearman	Sig (bilateral)
Auto-denigración y pasividad	.338	.000**
Búsqueda de apoyo social	-.043	.298
Planificación hacia la resolución del problema	-.103	.014**
Reinterpretación positiva	.057	.175
Religión	-.004	.923
Alcohol y drogas	.192	.000**
Aceptación	-.112	.007**
Desahogo	-0.31	.451

**Sig. (bilateral) = .000 Rho de Spearman

Se halló que en los adolescentes sin presencia de riesgo suicida la ideación suicida está relacionada a las estrategias de auto-denigración y pasividad; mientras que en el caso de aquellos con nivel muy alto de riesgo suicida, la reinterpretación positiva fue la estrategia que obtuvo una correlación moderada y significativa. (Ver Tabla 13)

Tabla 13

Correlación entre las Estrategias de afrontamiento y la ideación suicida tomando en consideración el nivel de riesgo suicida ausente y muy alta.

<i>Escalas</i>	<i>Riesgo suicida</i>			
	<i>Ausente</i>		<i>Muy alta</i>	
	Rho Spearman	Sig (bilateral)	Rho Spearman	Sig (bilateral)
Auto-denigración y pasividad	.203**	.000	.030	.894
Búsqueda de apoyo social	.006	.905	-.005	.982
Planificación hacia la resolución del problema	-.013	.797	-.085	.108
Reinterpretación positiva	.076	.132	-.483**	.023
Religión	.018	.018	-.127	.574
Alcohol y drogas	.067	.177	-.045	.842
Aceptación	-.028	.578	.177	.430
Desahogo	-.097	.052	-.023	.918

**Sig. (bilateral) = .000 Rho de Spearman

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo tres resultados principales. Primero, crear un perfil epidemiológico de la ideación e intento de suicidio de los adolescentes del nivel secundario de la Ciudad de Cajamarca. Segundo, establecer la diferencia en el nivel ideación suicida respecto a las variables sexo, tipo de institución educativa, grado de estudios personas con quienes vive el adolescente. Tercero, evaluar la relación de tres factores psicosociales de la ideación suicida en la población de estudio.

En cuanto a la **ideación suicida**, resulta significativo el porcentaje de adolescentes que manifestaron que algunas vez en sus vidas experimentaron deseos de estar muerto (38.5%). De igual modo, cerca de una quinta parte de los adolescentes manifestaron experimentar el deseo de estar muerto alguna vez en el último mes (21.4%). Porcentajes también altos se hallaron respecto a los adolescentes que pensaron que no vale la pena vivir (prevalencia vida = 31.3% y prevalencia mes = 18.1%). Estos resultados son superiores a los mostrados por el IESM HD-HN para el año 2003 (2005), donde la prevalencia vida del deseo de estar muerto en los adolescentes de la ciudad de Cajamarca fue de 26.2% y la prevalencia mes de 5.8%. Más bien los hallazgos son similares a lo hallado por Cano et al. (2009) en adolescentes de la ciudad de Pucallpa (31.3%= deseos pasivos de morir alguna vez en sus vidas). Esto nos revelaría que existe un gran porcentaje de adolescentes que percibió la muerte como algo deseable o necesario.

De otro lado, se halló que 28.1% de los adolescentes entrevistados pensó en suicidarse alguna vez en sus vidas; mientras que 16.5%, lo pensó durante el último mes. El estudio del IESM HD-HN (2003) en adolescentes de la ciudad de Cajamarca también reportó cifras de prevalencia menores en este indicador (prevalencia vida= 10.4% y prevalencia mes = 6.3%). En el caso del estudio de Cano et al. (2009) la prevalencia vida de la ideación suicida en los adolescentes fue del 21.1%. Países latinoamericanos como Brasil, también se reporta una alta prevalencia vida de la ideación suicida en la población adolescente, tal como lo revela el estudio Guevara, Roxo, & Fensterseifer (2005), donde la prevalencia vida es del 35.7%.

Respecto a la prevalecía mes de la ideación suicida en adolescentes, nuestros resultados se acercan a lo hallado por Souza et al. (2010), también en Brasil, quienes obtuvieron una cifra de 14.1%. De esto se infiere que existe una norma que nos permite sostener la prevalencia vida de la ideación suicida supera la cuarta parte de la población adolescente. (Chávez, Macías, Palatto, & Ramírez, 2004) .

También se halló cifras marcadamente diferentes en el porcentaje entre los adolescentes de la ciudad de Cajamarca que han presentado un plan suicida (prevalencia vida= 19.6 y prevalencia mes= 10.1) respecto a las cifras brindadas por el IESM HD-HN (2003) (prevalencia vida= 4.3% y prevalencia mes 3.2%). No obstante, las cifras obtenidas (IC: 7.8 a 12.4) se aproximan a los hallazgos de Baggio, Palazzo, y Ganzo, (2009), en adolescentes brasileños de 12 a 18 años (6.3%)

En cuanto al intento de suicidio, el presente estudio halló la prevalencia del intento de suicidio en los adolescentes (prevalencia vida = 19.9%, prevalencia año = 8.5 y prevalencia mes = 4.4) es superior del reportado por el IESM HD-HN en los adolescentes de la ciudad de Cajamarca para el año 2003 (prevalencia vida= 2.2%, prevalencia año = 1.8, prevalencia mes = 0.2). Sin embargo, nuestros hallazgos se acercan al estudio de Cano et al (2009), quienes obtuvieron una prevalencia vida del intento suicida de 18,1%.

Ante las diferencias obtenidas en los indicadores de ideación e intento de suicidio con el IESM HD-HN (2003), queda por formular dos posibles hipótesis. La primera, explicaría un significativo incremento de la conducta suicida en los adolescentes de la ciudad de Cajamarca durante los años 2003 a 2011. Mientras que la segunda, estaría basada en el tipo de estrategia de evaluación. Para el presente estudio se ha desarrollado un cuestionario de auto informe. A decir de Kaplan y Saccuzo (2006), las evaluaciones a través de entrevistas están prestas a influencias externas por parte de los examinadores. Por ejemplo, en encuestas actitudinales, los examinados pueden dar respuestas que perciben como la esperada por el entrevistador. Así, la gente tiende a revelar más información en un formato de auto-informe que ante un

entrevistador, las personas reportan más síntomas y problemas de salud a través de encuestas enviadas por correo.

Acerca de las ideaciones suicidas tomando en consideración el nivel de riesgo, se halló que el porcentaje los adolescentes con alto riesgo suicidio asciende al 10%. Esta cifra es significativamente superior a la reportada por la Estrategia Sanitaria de Salud Mental del Hospital Regional de Cajamarca (2012) en cuanto a los niveles de riesgo de poblaciones urbano marginales de la ciudad de Cajamarca (4.6%).

Respecto a las **modalidades de ideaciones suicidas**, resultaron ser más prevalentes aquellos pensamientos de desesperanza y deseos de muerte así como aquellos concernientes a los beneficios asociados al suicidio. Llama la atención que más de la cuarta parte de los adolescentes presentan pensamientos relacionados a la planificación del acto suicida (alto = 22% y muy alto = 5.9%). Esto revela la necesidad de contar con una descripción detallada de los pensamientos suicida cuando se trata de desarrollar actividades de prevención. Así por ejemplo, la intervención será distinta entre aquellos adolescentes que manifiestan ideaciones pasivas sobre la muerte con la de aquellos que experimentan ideaciones activas, caracterizados éstos últimos por la presencia de planificación suicida.

Tal como ha sido planteado por la suicidología luego de su amplia contrastación teórica, se pudo confirmar que las adolescentes mujeres evaluadas presentan mayores niveles de riesgo suicida en comparación que los varones. Esto mismo ha sido hallado en distintos estudios latinoamericanos con respecto a las variables ideación suicida, planificación suicida e intento de suicidio (Borges y Werlang, 2006: México; Guevara, et al 2005: Brasil; Chávez, et al 2004: México; Rueda et al, 2010: Colombia). Asimismo, la teoría plantea que el mayor riesgo de suicidio para las mujeres se presenta a inicios de la adolescencia. Por otro lado, se halló que para el caso de las adolescentes la relación entre el funcionamiento familiar y el estrés percibido es mayor que el de los adolescentes, mientras que en éstos la relación entre el apoyo social percibido y la ideación suicida es mayor que en ellas. Lo hallado resulta de gran utilidad

cuando se trata de desarrollar políticas de prevención del suicidio orientada hacia poblaciones con mayor riesgo, tal como los sugiere Souza, Azevedo, et al. (2010).

El estudio no pudo confirmar la diferencia entre la ideación suicida y las variables **tipo de colegio y grado de estudios**. Con respecto al tipo de colegio, no se halló diferencia significativa en los niveles de ideación suicida entre los adolescentes que estudian en colegios públicos y los privados. Al respecto, esto supondría que las características del contexto social de las instituciones educativas de nivel secundario tanto públicas como privadas no presentan una diferencia en el nivel de riesgo hacia el comportamiento suicida. Esto último también fue hallado por Leal y Silva (Leal & Silva, 2010) con respecto a la variable bienestar psicológico.

De igual modo, tampoco se halló diferencia significativa entre el nivel de ideación suicida y el **grado de estudio** de los adolescentes. No obstante, la comparación independiente entre los niveles de ideación suicida de los alumnos del tercer grado frente al resto de grados, obtuvo cifras cercanas al nivel de significación esperada. Esto se explicaría por las condiciones psicosociales que se establecerían durante el tercer grado de estudios, donde la mayoría de estudiantes están en el periodo pueril, existiría un mayor nivel de involucramiento con los pares y el acercamiento hacia el otro sexo es más explícito. Esto exigiría una futura confirmación empírica, tomando en consideración las respectivas variables extrañas que afecten el diseño del estudio.

Por otro lado, no se halló diferencia en los niveles de ideación suicida entre aquellos adolescentes que **viven sólo con sus padres o sólo con sus madres** con respecto del resto de adolescentes. Asimismo, se pudo identificar a nueve adolescentes que viven solos, en ellos se encontró que sus niveles de ideación suicida son marcadamente superiores a los del resto de adolescentes (media= 541.17 vs. 292.06). Dado el pequeño tamaño de la muestra de adolescentes que viven solos, se debe considerar este hallazgo con cierta reserva, no obstante se requiere de una confirmación empírica adicional a través del uso de una muestra

representativa; sin dejar de lado la importancia de desarrollar procesos de intervención en este tipo de población.

Aunque no se llegó a confirmar estadísticamente la diferencia en el nivel de ideación suicida entre los adolescentes con **intento de suicidio** previo con los que no tuvieron intento, se halló un mayor nivel de estas ideaciones para el caso de los primeros, hecho que respondería a la propuesta teórica que muestra al intento de suicidio previo como una de las variables que mejor explican la presencia de ideaciones suicida (Carbajal & Caro, 2011). El planteamiento de un diseño que enfatiza la contrastación de esta diferencia podría confirmarnos de manera más contundente lo hallado.

Respecto al **funcionamiento familiar**, el presente estudio permitió confirmar una relación negativa moderada pero significativa entre dicha variables psicosocial con la ideación suicida ($r = -.385$). Esta relación también ha sido establecida por distintos estudios nacionales (Muñoz et al, 2005) como internacionales (Carbajal y Caro, 2011: Colombia; Salvo y Melipillán, 2008: Chile y Lai Kwok & Shek, 2008: China). Al respecto, Linehan (1993b) sostiene que disminuir las características negativas de las relaciones familiares así como su grado de conflicto podría tener efectos importantes en la disminución de las conductas de auto-daño de los adolescentes vulnerables. Una forma de lograr lo antes mencionado sería a través brindar capacitación a los padres tanto en estrategias de crianza así como en habilidades para reducir su propia inestabilidad emocional, la impulsividad y déficit en las relaciones interpersonales.

El **estrés percibido** fue el que resultó más relacionado con la ideación suicida en comparación con el resto de variables propuestas para el presente estudio ($r = .446$ y sig.bilateral $= .000$). De este modo, queda confirmado el supuesto de que el estrés percibido es uno de los principales factores de riesgo para la ideación suicida en la población juvenil (Brown, 2006). Asimismo, es importante resaltar que la magnitud de relación entre el estrés percibido y la ideación suicida se asemeja a la hallada por Leal (2009) cuando investigó la relación entre el estrés

percibido y la tendencia suicida (ideación + intento de suicidio) en una muestra de profesionales médicos varones de la ciudad de Lima ($r = 0.476$; $p < 0.001$)

La importancia del **apoyo social** percibido como variables protectora del riesgo suicida, establecida por la literatura, ha sido confirmada por diversos estudios empíricos (Salvo y Melipillán, 2008; Roja y Arévalo, 2008; Brown, 2006). Los hallazgos han permitido confirmar esta hipótesis; sin embargo, la relación hallada entre el apoyo social percibido y la ideación suicida fue baja ($r = -.19$; sig. .000). Para entender esto último, se podría tomar en consideración la naturaleza del constructo apoyo social. Definida como la percepción de una oferta de ayuda proveniente de diferentes fuentes: de los pares, la familia, la comunidad o demás miembros de la familia. Esto nos permite entender lo hallado por Cheng y Chan (2007) en su estudio con adolescentes de Hong Kong, donde el efecto directo e indirecto del soporte familiar sobre la conducta suicida fue mucho más fuerte que el del soporte de amigos o pares. El hallazgo de un mayor nivel relación entre el suicidio y el funcionamiento familiar en comparación con el apoyo social percibido nos permite conjeturar que, no obstante existan relaciones positivas o favorables entre los adolescentes y sus coetáneos, la participación de la familiar es de singular importancia como medio protector del suicidio. Así, esto sirve de evidencia para la intervención en la prevención del comportamiento suicida.

Se hallaron cuatro **estrategias de afrontamiento** relacionadas a la ideación suicida (auto-denigración y pasividad ($r = .338$), planificación hacia la resolución del problema ($r = -.103$), consumo de alcohol y drogas ($r = .192$) y la de aceptación ($r = -.112$). Estudios como el de Meyer, Rothmann y Piennar (2003), han permitido confirmar la relación entre la pasividad y la ideación suicida. En cuanto a la muestra de estudio, una actitud de menoscabo del yo así como la falta de movilización hacia el enfrentamiento del problema o la búsqueda de soluciones colocaría al adolescente en mayor disposición hacia las ideaciones suicidas. Esto confirmaría la propuesta de Shneidman (1985) (citado por Ann, 2010), para quien califica al suicidio como un acto consciente de auto-destrucción, resultado de un malestar multidimensional en un individuo que enfrenta un problema, donde el suicidio es percibido como la mejor, sino la única, alternativa. Sobre esto mismo, Apter (2002) nos hace mención a

una herida narcisista, aquella donde el pedido de ayuda no es aceptable para un ego ideal por lo que existe la costumbre de no expresar hacia los demás aquellas emociones de frustración.

No obstante, la literatura reporta la importancia de las creencias religiosas, la práctica religiosa y la espiritualidad han sido relacionadas con la disminución de la probabilidad del intento de suicidio (Nock M. K., y otros, 2008); en el presente estudio no se pudo confirmar la relación entre la religión, como estrategia de afrontamiento, y la ideación suicida. Sin embargo, la estrategia de aceptación, una cualidad de la vivencia religiosa cristiana en nuestro contexto, resultó relacionada indirectamente con la ideación suicida.

Respecto a la estrategia consumo de alcohol, se halló que su relación con la ideación suicida es baja pero estadísticamente significativa. Esto concuerda con lo planteado por Lippincott, Williams y Wilkins (2001), al considerar que el consumo de sustancias psicoactivas podría provocar en los adolescentes con ideas suicidas de ambos sexos un intento de suicidio.

El análisis independiente de la relación entre las estrategias de afrontamiento y la ideación según nivel de riesgo suicida ha permitido la generación de interesantes hallazgos. Así, se encontró que para el caso de los adolescentes sin riesgo suicida, dicha relación es significativa con respecto a la estrategia de Auto-denigración y pasividad. Mientras que para el caso de los adolescentes con riesgo de suicidio muy alto, se halló una correlación indirecta significativa con la estrategia de reinterpretación positiva. Esto es de utilidad cuando se trata de intervenir en la problemática del suicidio adolescentes con distintas características personales.

En el presente estudio se planteó para concebir el comportamiento suicida de naturaleza continua, es decir, el suicidio consumado es explicado como el final de una secuencia que comienza con la idea de suicidio (consideración del suicidio), seguido por el planeamiento o preparación del suicidio y el intento de suicidio (Barrios, Everett, Simon, & Brener, 2000). A partir de esto, compartimos la opinión de Hider (1998) al señalar que jóvenes con mayor riesgo de suicidio pueden, en alguna medida, ser predichos. Esto es, el suicidio es poco

probable en aquellos individuos con ideación suicida pero con ausencia o pocos factores de riesgo; por lo contrario, los adolescentes de alto riesgo suicida se caracterizan por la ideación suicida y múltiples factores de riesgo.

Asimismo, la fortaleza del presente estudio se sustenta por dos aspectos básicos. El primero está relacionado con el tamaño y tipo de selección de muestra utilizada, muestreo aleatorio por conglomerados, esto brinda posibilidad de realizar inferencias hacia la población de estudio. Como segundo aspecto, se destaca el uso de instrumentos cuyas propiedades psicométricas han sido sistemáticamente evaluadas, para el caso de la ideación suicida se trataría de un instrumento de amplio uso internacional y cuya aplicación está orientada específicamente a la población juvenil.

La búsqueda de un mayor entendimiento del comportamiento suicida tiene por finalidad que los profesionales encargados de la salud mental entiendan el modelo explicativo que presenta su paciente sobre sus malestares; de este modo pueda mejorar su empatía con éste y llegar a un entendimiento compartido sobre las causas y tratamiento del malestar actual, lo cual resultaría en un mejor resultado del tratamiento.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de la ideación e intento de suicidio de los adolescentes de la Ciudad de Cajamarca es ampliamente superior a la reportada por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado e Hydeyo Noguchi para el año 2003. No obstante, existe coincidencia con lo señalado por otros antecedentes de investigación de otros países latinoamericanos.
- Se halló un porcentaje de 10% de adolescentes con alto riesgo de suicidio. Asimismo, en las ideaciones suicidas de los adolescentes cajamarquino se destacan aquellas con contenido de desesperanza y deseos de muerte.
- Se confirmó la mayor prevalencia de ideaciones suicidas en las adolescentes mujeres con respecto a los varones. No obstante, la relación entre la ideación suicida y las variables psicosociales de funcionamiento familiar, estrés percibido y apoyo social difirió en función del sexo del adolescente.
- No se logró confirmar la relación entre la ideación suicida y las variables tipo de colegio y grado de estudio que cursan los adolescentes. Respecto a esto último, se obtuvo una diferencia marcada, aunque no significativa entre los adolescentes del tercer grado en comparación con el resto de grados.
- Se confirmó la existencia de un mayor nivel de ideación suicida en los adolescentes que viven solos, mas no sucedió lo mismo con respecto a los adolescentes que viven sólo con sus madres o sólo con sus padres.
- El nivel de ideación suicida de los alumnos que señalaron haber realizado un intento de suicidio previo no se diferencia significativamente de aquellos que no presentan intento de suicidio previo.

- Las variables psicosociales funcionamiento familiar, estrés percibido, apoyo social se encuentran relacionadas significativamente con la ideación suicida.

- La estrategia de afrontamiento cuya relación con la ideación suicida resultó ser significativa y de importante magnitud fue la de auto-denigración y pasividad. En el caso de los adolescentes con alto riesgo suicida, sus ideaciones suicidas están relacionadas de manera indirecta con la estrategia de reinterpretación positiva de la realidad.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere la ampliación del presente estudio los adolescentes de otras ciudades del departamento de Cajamarca, realizando las respectivas modificaciones que se consideren pertinentes, tan como por ejemplo la comparación de las ideaciones suicidas de adolescentes del ámbito rural y urbano.
- Es de importancia para el futuro incremento de las investigaciones en esta materia la validación de criterio del Cuestionario de Ideación Suicida de Reynolds y Mazza a través de su comparación la Escala de Ideación Suicida de Beck y otras escalas que evalúen depresión severa. Asimismo, será de gran utilidad práctica para la intervención en salud mental de los adolescentes la determinación de los de baremos poblacionales de dicho cuestionario.
- Se considera de importancia preventiva que las instituciones educativas identifiquen a los adolescentes que viven solos y se les realice una continua vigilancia de su salud mental a través de los departamentos de tutoría.
- Dados los hallazgos obtenidos se sugiere el diseño de programas de promoción y prevención de las ideaciones suicidas en los adolescentes, tomando en consideración el nivel de riesgo de suicidio en el cual se ubican y tomando en consideración el tipo de estrategias que más se vinculan a sus niveles de ideación suicida.
- La naturaleza del diseño de investigación del presente estudio será reforzada en gran medida a través del planteamiento de una investigación longitudinal que aborde la medición suicida en un transcurso de tres a seis meses.

BIBLIOGRAFÍA

- AAACAP. (2004). American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. www.aaacap.org.
- Ann, P. (2010). *Lived experience: Near-fatal adolescent suicide attempt*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, University of South Florida, College of Nursing.
- Apter, A. (2002). Adolescent Suicide and Attempted Suicide. *IMAJ*, 4, 283-287.
- Apter, A., & Freudenstein, O. (2000). *Adolescent Suicide, Youth on the Edge of the Abyss*. Tel Aviv: Dionon Press.
- Avendaño, M. J., & Barra, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia Psicológica*, 26(2), 165-172.
- Baggio, L., Palazzo, L. S., & Ganzo, D. R. (2009). Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, 25(1), 142-150.
- Barrios, L. C., Everett, S. A., Simon, T. R., & Brener, N. D. (2000). Suicide ideation among US college students. *Journal of American College Health*, 48, 229-233.
- Beck, A. (1986). Hopelessness as a predictor of eventual suicide. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487(90-96).
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 499-505.
- Bellón, S. A., Luna del Castillo, J. D., & Lardelli, C. P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR-familiar. *Atención Primaria*, 18(6), 289-96.
- Benicasa, M., & Morgado, M. (2006). Tristeza e suicídio entre adolescentes: Fatores de risco e proteção. *Boletim de Psicologia*, LVI(124), 93-110.
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M., Orozco, R., & Nock, N. (2008). Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(1), 41-52.
- Borges, G., Medina, M., Orozco, R., Quéda, C., Villatoro, J., & Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32, 413-425.
- Borges, V. R., & Werlang, B. D. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. *Psicol Saúde Doenças*, 7(2), 195-209.
- Botega, N., Marín, L., Bocso, H., Berti, M., Silva, V., & Dalgalarrrondo, P. (2009). Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio. *Cad. Saúde Pública*, 25(12), 2632-2638.

- Brown, M. Z. (2006). Linehan's Theory of Suicidal Behavior: Theory, Research, and Dialectical Behavior Therapy. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 91-117). Washington, CS, US: American Psychological Association.
- Cabrera, R. H., & Castillo, L. A. (2007). *Validación de un modelo de factores protectores frente a la ideación suicida en adolescentes, estudiantes de bachillerato, de la ciudad de San Juan de Pasto*. Trabajo de grado para optar al título de profesional en psicología, Universidad de Nariño, Programa de Psicología.
- Cano, P., Gutiérrez, C., & Nizama, M. (2009). Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la amazonía peruana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(2), 175-181.
- Carbajal, G., & Caro, C. (2011). Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables. *Revista Colombia Médica*, 42(1), 45-56.
- Casey, P. R., Dunn, G., Brendan, K., Birkbeck, G., Dalgard, O. S., Lehtinen, V., . . . Dowrick, C. (2006). Factors associated with suicidal ideation in general population. *British Journal of Psychiatry*, 189, 410-415.
- Chávez, A. M., Pérez, R., Macías, L. F., & Páramo, D. (2004). Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria*, 14(3), 12-20.
- Chávez, A., Macías, L., Palatto, H., & Ramírez, L. (2004). Epidemiología del suicidio en el estado de Guanajuato. *Salud Mental*, 27(2), 15-20.
- Cheng, S., & Chan, A. C. (2007). Multiple pathways from stress to suicidality and the protective effect of social support in Hong Kong adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 187-196.
- Conner, K., Meldrum, S., Wiwczorek, W., Duberstein, P., & Welte, W. (2004). The association of Irritability and impulsivity with suicidal ideation among 15- to 20- years old students. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 34(4), 363-373.
- Crisafulli, C., Calati, R., De Ronchi, D., Sidoti, A., D'Angelo, R., Amato, A., & Serretti, A. (2010). Genetics of suicide, from genes to behavior. *Clinical Neuropsychiatry*, 7(4/5), 141-148.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., McCauley, E., & Smith, C. J. (2008). Parent-child interactions, peripheral serotonin, and self-inflicted injury in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16(1), 15-21.
- De Mello-Santos, C., Bertolote, J. M., & Wang, Y.-P. (2005). Epidemiology of suicide in Brazil (1980 – 2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Bras Psiquiatr*, 27(2), 131-134.
- Desuque, D., Vargas, J., & Lemos, V. (2011). Análisis psicométrico del cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en población adolescente en Entre Ríos, Argentina. *Liberabit*, 17(2), 187-198.

- Eguiluz, L. L., Córdova, M. H., & Rosales, J. C. (Eds.). (2010). *Ante el suicidio. Su comprensión y tratamiento*. México: Pax México.
- Erwin, E. (2002). Adolescent perceptions of relevant social problems. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 15(1), 24-34.
- ES_SM_HRC. (2012). Resultados de despistaje de riesgo suicida en la ciudad de Cajamarca. *Revista de Salud Mental*, 1(1), 30-32.
- Fernández, E. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. Tesis doctoral, Universidad de León, Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía.
- Fitzpatrick, K. K. (2005). *Parameters of suicidal ideation: Efficacy of brief preventive intervention for suicidal ideation and the course of suicidal ideation and its correlates*. Dissertation presented in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of Philosophy, The Ohio State University, Graduate School.
- Goldsmith, S. (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. Washington, DC: The National Academies Press.
- González, C., Berenzon, G., Tello, A., Facio, D., & Medina, M. (1998). Ideación suicida en mujeres adolescentes. *Salud Pública Mex*, 40(5), 430-37.
- González-Forteza, C., & Jimenez, A. (2010). Problemática suicida: algunas consideraciones desde la investigación psicosocial. In L. L. Eguiluz, M. H. Córdova, & J. C. Rosales, *Ante el suicidio. Su comprensión y tratamiento* (pp. 47-73). México: Pax México.
- Guevara, B. S., Roxo, V., & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de Risco ou Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(2), 259-266.
- Hewitt, P., Flett, G., & Weber, C. (1994). Dimensions of perfectionismo and suicide ideation. *Cognitive Therapy and Research*, 18(5), 439- 460.
- Hider, P. (1998). *Youth suicide prevention by primary healthcare professionals: A critical appraisal of the literature*. Report, Christchurch School of Medicine, Department of Public Health and General Practice, Christchurch.
- IESM HD-HN. (2005). *Estudio epidemiológico de salud mental en Cajamarca 2003*. Serie: Monografías de Investigación N° 10, Instituto Especializado de Salud Mental «Honorio Delgado – Hideyo Noguchi», Lima.
- Jatobá, J. A., & Bastos, O. (2007). Depression and anxiety in adolescents from public and private schools. *J Bras Psiquiatria*, 56(3), 171-179.
- Jiménez, A., Mondragón, L., & Gonzáles-Forteza, C. (n.d.). Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal Ideation in adolescents: results of three studies. *Salud Mental*, 30(5), 20-26.

- Johnson, D. (2000). Suicide determination in an equivocal death investigation. In P. Ciolino, & G. Castle (Eds.), *Advanced forensic criminal defense investigations* (pp. 255-285). Tucson, AZ: Lawyers and Judges Publishing Co.
- Kachur, S., Potter, L., Powell, K., & Rosenberg, M. (1995). Suicide: Epidemiology, prevention, treatment. *Adolescent Med State Art Rev*, 6(2), 171-182.
- Kaplan, R., & Saccuzo, D. (2006). *Pruebas psicológicas. Principios, aplicaciones y temas* (Sexta ed.). México: International Thomson.
- Kessler, R., Borges, G., & Walters, E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56(6), 617-626.
- King, R., & Apter, A. (1996). Psychoanalytic perspectives on adolescent suicide. *Psychoanal Study Child*, 51, 491-505.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Lai Kwok, S. Y., & Shek, D. T. (2008). Hopelessness, Family Functioning and Suicidal Ideation Among Chinese Adolescents in Hong Kong. *The Open Family Studies Journal*, 1, 49-55.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping* . (B. M. Traducción, Trans.) Nueva York: Springer.
- Leal, R. A. (2009). *Tendencia suicida en una muestra de médicos varones de Lima Metropolitana y su relación con factores sociodemográficos, laborales y psicológicos*. Tesis para optar el grado de maestro en Salud Pública, Universidad Nacional Federico Villarreal, Escuela Universitaria de Post Grado, Lima.
- Leal, R. A., & Silva, R. (2010). *Bienestar psicológico del adolescente cajamarquino*. Cajamarca, Perú: UPAGU.
- Lee, S. I., & Jung, H.-Y. (2006). Psychosocial Risk Factors for Suicide. *Psychiatry Invest*, 3(2), 15-22.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder* . : New York: Guilford Press.
- Linehan, M., Goodstein, J., Nielsen, S., & Chiles, J. (1983). Reasons for staying alive when you are thinkink of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276-286.
- Lippincott, Williams, & Wilkins. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY*, 40(7), 24-51.

- Liu, X., Tein, J. Y., Zhao, Z., & Sandler, I. N. (2005). Suicidality and correlates among rural adolescents of China. *J Adolesc Health*, 37(6), 443-451.
- Mann, J. J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals of Internal Medicine*, 136(4), 302-311.
- Maris, R., Berman, A., & Silverman, M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: The Guilford Press.
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Meyer, R., Rothmann, S., & Pienaar, J. (2003). Coping, Stress and Suicide Ideation in the South African Police Service in the Eastern Cape. *SAJEMS*, 4, 881-904.
- Minayo, M. (1998). A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, 14(2), 421-428.
- Miranda, I., Cubillas, M. J., Román, R., & Abril, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32(6), 495-502.
- Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N., & Perales, A. (2005). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años. *Revista Peruana de Medicina Experimental*, 23(4), 239-246.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., & al., e. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*, 192, 98-105.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Sing, L. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-154.
- Norlev, J., Davidsen, M., & Sundaram, V. (2005). Indicators associated with suicidal ideation and suicide attempts among 16-35-years old danes: A national representative population study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), 291-308.
- Park, H. S., Schepp, K. G., Jang, E., & Koo, H. Y. (n.d.). Predictors of suicidal ideation among high school students by gender in South Korea. *J Sch Health*. 2006;76(5):181-8.
- Pérez, A. (2008). *Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento*. Tesis doctoral, Universidad de Salamanca, Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica, Medicina Legal e Historia de la Ciencia.
- Reinherz, H., Tanner, J., Berger, S., Beardslee, W., & Fitzmaurice, G. (2006). Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *Am J Psychiatry*, 163, 1226-1232.

- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93.
- Reynolds, W., & Mazza, J. (1999). Assessment of suicidal ideation in Innercity children and young adolescents: Reliability and validity of the Suicidal Ideation Questionnaire -JR. *School Psychology Review*, 327-339.
- Rojas, F., & Arévalo, C. (2008). *Propiedades psicométricas del inventario de resiliencia ante el suicidio (Suicide Resilience Inventory SRI-25) adaptado al español, en una muestra de adolescentes y jóvenes escolarizados en la ciudad de San Juan de Pasto*. Tesis para optar el título de Psicología, Universidad de Nariño. Facultad de Ciencias Humanas. Departamento de Psicología, Pasto.
- Rosales, J. C. (2010). La investigación del proceso suicida. In L. L. Eguiluz, M. H. Córdova, & J. C. Rosales, *Ante el suicidio. Su comprensión y tratamiento* (pp. 81-94). México: Pax México.
- Rueda, G., Rangel, A., Castro, V., & Camacho, P. (2010). Suicidabilidad en adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4), 683-692.
- Rueter, M. A., & Kwon, H. K. (2005). Developmental trends in adolescent suicidal ideation. *J Res Adolesc*, 15(2), 205-222.
- Ruiz, J. A., Riqueleme, A., & Buendía, J. (2000). Personalidad y comportamiento suicida en adolescentes: El papel de la extraversión en la tentativa de suicidio. *Clínica y Salud*, 11(2), 155-169.
- Salvo, L., & Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT*, 46(2), 115-123.
- Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide*. New York: Wiley.
- Souza, E. R., Minayo, M. C., & Malaquias, J. V. (2002). Suicídio de jovens nas principais capitais do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 18(3), 673-683.
- Souza, L. M., Azevedo, R., Jansen, K., Lessa, R., & Tavares, R. (2010). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(1), 37-41.
- Vera, O., & Díaz, C. (2012). Suicidio en adolescentes de Sudamérica: un problema creciente. *Salud Pública de México*, 54(4), 363-362.
- Vilhjalmsson, R., Kristjansdottir, G., & Sveinbjarnardottir, E. (1998). Factors associated with suicide ideation in adults. *Soc. Psychiatry Epidemiol*, 33, 97-103.
- Villalobos-Galvis, F. (2009). Situación de la conducta suicida en estudiantes de. *Salud Mental*, 31, 165-171.

- Viñas, F., Canals, J., Gras, E., Ros, C., & Domènech, E. (2002). Psychological and family factors associated with suicidal ideation in pre-adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 5(1), 20-28.
- Viñas, F., Jane, C., & Domènech, E. (2000). Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años. *Psicothema*, 12(4), 594-598.
- Wagner, B. M. (1997). Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin*, 121, 246–298.
- Wagner, B., Wongs, A., & Jobes, D. (2002). Mental health professionals' determination of adolescents suicide attempt. *Suicide and Life Threatening*, 32(3), 284-299.
- Weisman, A., & Worden, J. (1972). Risk-rescue rating in suicide assessment. *Archives of. General Psychiatry*, 26, 553-560.
- WHO. (2005). World Health Organization. Burden of mental behavioral Disorders: suicide. <http://who.int/whr/2001/chapter2/en/index6.html>.
- WHO. (2009). *Suicide prevention*. Geneva: World Health Organization.
- Zadravec, T., Grad, O., & Socan, G. (2006). Expert and Lay Explanations of Suicidal Behaviour: Comparison of the General Population's, Suicide Attempters', General Practitioners' and Psychiatrists Views. *International Journal of Social Psychiatry*, 52, 535-551.