

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## ESCUELA DE POST GRADO

### DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



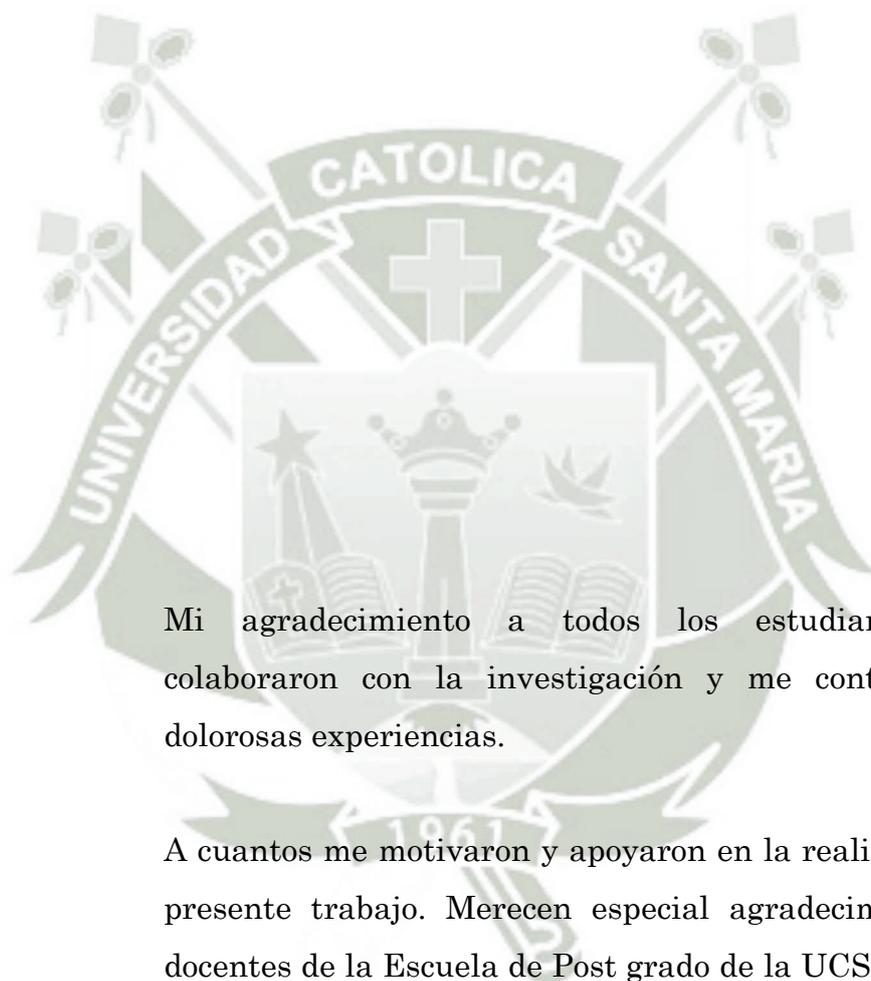
### "INFLUENCIA DE CIERTAS ACTITUDES EN LA CONDUCTA SUICIDA EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GRHOMANN DE TACNA - 2008"

**Tesis Presentada por el Magister:**  
Leoncio Antonio BRAVO DE RUEDA TORRES  
Para optar Grado Académico de Doctor en  
Ciencias de la Salud.

**Arequipa-Perú  
2009**



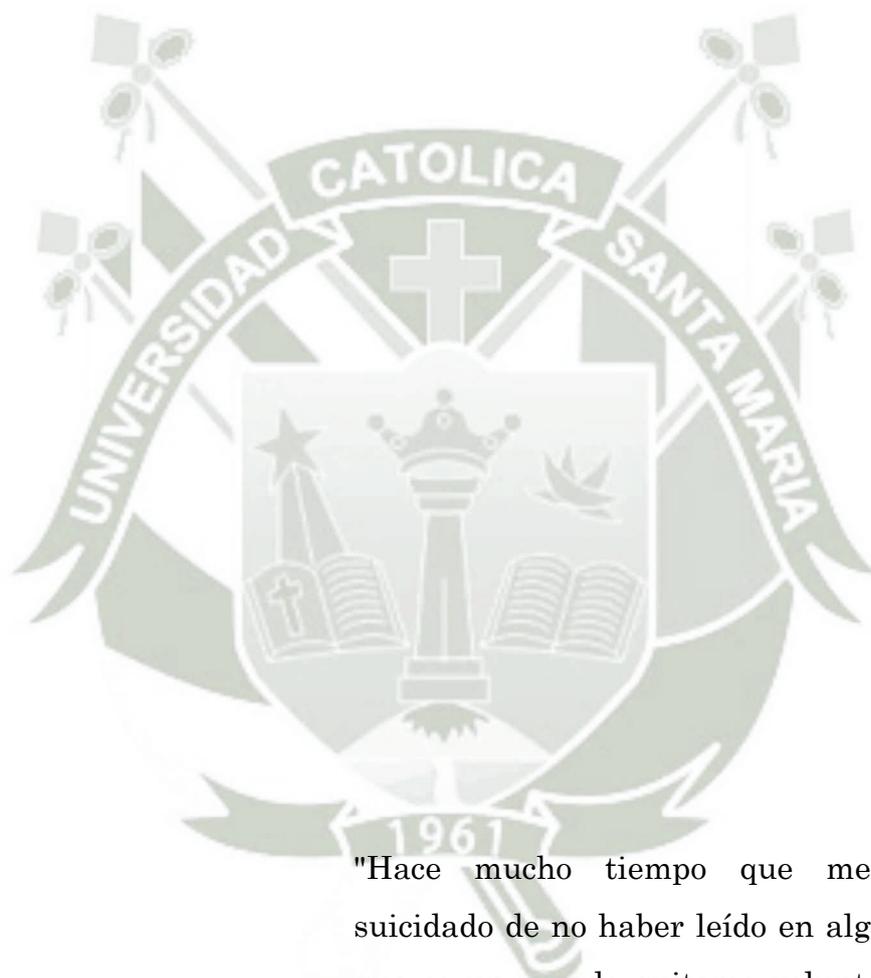
Al eterno recuerdo de mis padres,  
a mi esposa e hijos por su paciencia,  
apoyo y estímulo permanente, y a mi  
hermano por su constante aliento.



Mi agradecimiento a todos los estudiantes que colaboraron con la investigación y me contaron sus dolorosas experiencias.

A cuantos me motivaron y apoyaron en la realización del presente trabajo. Merecen especial agradecimiento los docentes de la Escuela de Post grado de la UCSM por sus orientaciones, enseñanzas y contribuciones a mi desarrollo.

A mi familia por su incondicional ayuda y comprensión de la dedicación que demandó este propósito.



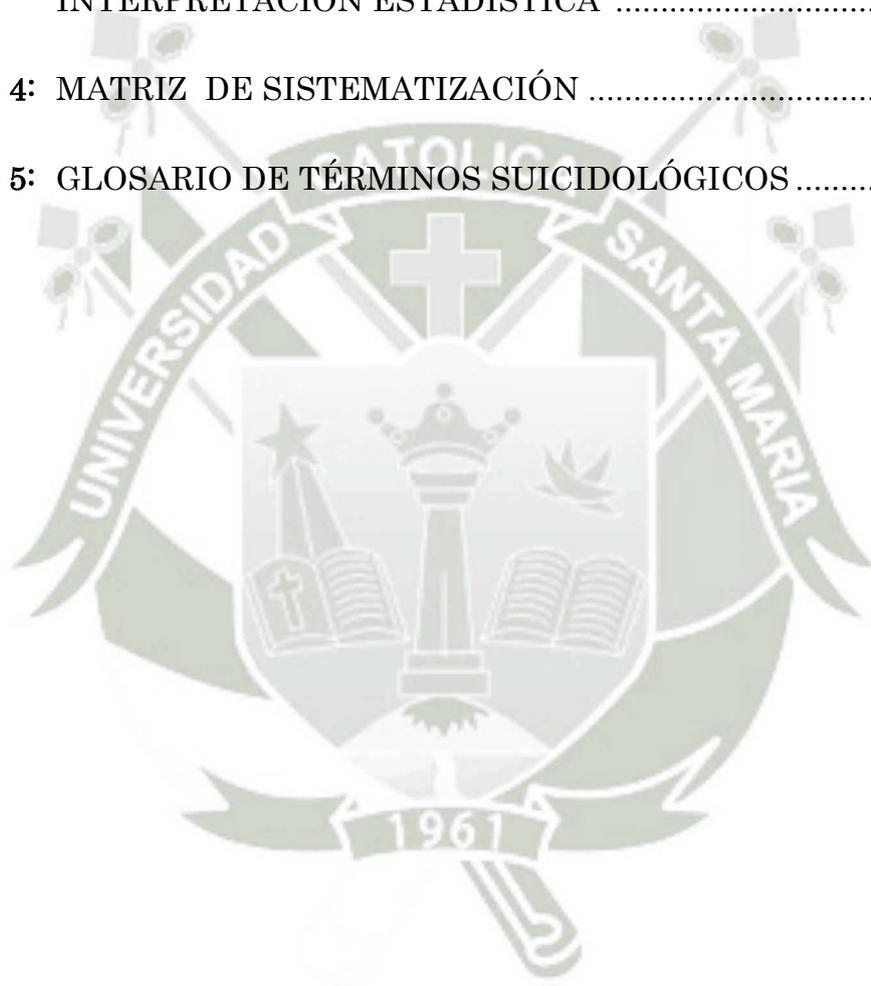
"Hace mucho tiempo que me hubiera suicidado de no haber leído en alguna parte que es un pecado quitarse voluntariamente la vida mientras pueda hacerse todavía una buena acción. La vida es hermosa, pero la mía está envenenada para siempre."

Beethoven

## INDICE GENERAL

<b>RESUMEN</b> .....	<b>06</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>08</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO ÚNICO: RESULTADOS</b> .....	<b>12</b>
1. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS .....	13
2. ANALISIS DE LOS NIVELES DE LAS ACTITUDES BASICAS ..	15
3. ANALISIS DE LOS NIVELES DE LA CONDUCTA SUICIDA (IDEACION SUICIDA E INTENTO SUICIDA) .....	24
4. ANALISIS DE RELACION DE DEPENDENCIA MULTIPLE DE LA VARIABLE PREDICTORA (ACTITUD) Y LA VARIABLE DEPENDIENTE (CONDUCTA SUICIDA) .....	29
5. ANALISIS DE RELACION DE DEPENDENCIA MULTIPLE DE LOS SUBINDICADORES DE LOS COMPONENTES DE LA VARIABLE ACTITUD Y LA CONDUCTA SUICIDA.....	34
6. ANALISIS DE RELACION ENTRE LOS SUBINDICADORES DE LA VARIABLE PREDICTORA Y SUBINDICADORES DE LA VARIABLE DEPENDIENTE .....	36
7. DISCUSION .....	65
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>81</b>
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>83</b>
<b>PROPUESTA</b> .....	<b>87</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA BÁSICA</b> .....	<b>101</b>

<b>HEMEROGRAFÍA .....</b>	<b>104</b>
<b>CONSULTA INFORMATIZADA .....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXO 1: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO 2: INSTRUMENTOS .....</b>	<b>177</b>
<b>ANEXO 3: CÁLCULO Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA .....</b>	<b>186</b>
<b>ANEXO 4: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN .....</b>	<b>197</b>
<b>ANEXO 5: GLOSARIO DE TÉRMINOS SUICIDOLÓGICOS .....</b>	<b>203</b>



## RESUMEN

Se ha realizado una investigación relacional con estudiantes de la Universidad Nacional “Jorge Basadre Grohmann” de Tacna, que han registrado conducta suicida durante el año 2008, con el objetivo de determinar si existe influencia de ciertas actitudes de los estudiantes en la conducta suicida. La muestra estuvo constituida por una población accesible de 26 estudiantes que reportaron ideación e intentos de suicidio (13) en el Departamento Psicopedagógico de la UNJBG, comprendiendo las edades entre 16 y 26 años. El total de varones fue de 14 y el de mujeres de 12.

Se empleó la observación clínica para evaluar el comportamiento actitudinal y cuestionarios y escalas (tests) para detectar los niveles de conocimiento y de afectividad actitudinal así como de la conducta suicida. Los datos obtenidos fueron analizados por las técnicas estadísticas de Chi Cuadrado corregido de Yates y la de Coeficiente Canónico.

Los resultados indican que el promedio de edad para ambos sexos de los estudiantes fue 21.31 (D.S: 2.66) años. El grupo etéreo mas frecuente en estudiantes varones fue de 21 a 24 años; en mujeres fue de 17 a 20 años. Los estimadores estadísticos del puntaje de la variable conducta suicida, nos informan que la muestra de estudiantes analizada es simétrica y que su tamaño es adecuado. Los valores de la prueba Chi cuadrado corregida de Yates son significativos ( $p \leq 0.05$ ) y nos informan que existe influencia de las actitudes de los estudiantes en la conducta suicida. La intensidad de la relación es buena ( $r: 0.6363$ ) y su orientación es positiva y directa.

La influencia del componente comportamental sobre la conducta suicida es de buena intensidad y directa ( $r: -0.5725$ ) y explica el 32.78% del 40.49% de la influencia sobre la conducta suicida; El componente conocimiento expresa una influencia lineal, directa y de sentido positivo de baja intensidad ( $r: 0.2933$ ); expresa el 8.60% de influencia para explicar la conducta suicida. El componente afectividad tiene una influencia de baja intensidad positiva y directa ( $r: 0.1854$ ) aportando al conocimiento de la conducta suicida con solo 3,44%. El valor estadístico del Chi cuadrado nos informa que existe influencia de los subindicadores de los componentes actitudinales sobre la conducta suicida ( $p \leq 0.05$ ) con una intensidad muy fuerte ( $r: 0.7161$ ) siendo esta directa y positiva; el 51.27% de la conducta suicida es explicada por la interacción de estos subindicadores. Estos resultados confirman la hipótesis del presente trabajo de investigación.

**PALABRAS CLAVE:** Actitudes, Conducta suicida, Ideación Suicida, Intento Suicida.

## ABSTRACT

Has conducted an investigation of relationships with students from the Universidad Nacional "Jorge Basadre Grohmann of Tacna, which have been suicidal behavior during the year 2008 with the aim of determining whether there is influence of the attitudes of students in suicidal behavior. The sample consisted of an accessible population of 26 students who reported ideation or attempted suicide in the Department of Psychological UNJBG, including ages 16 to 26 years. The total was 14 men and 12 women. Clinical observation was used to assess the attitudinal and behavioral scales and questionnaires (tests) to detect the levels of knowledge and attitudes of affection as well as suicidal behavior. The data obtained were analyzed by statistical techniques of Yates corrected chi-square and the coefficient of Canon.

The results indicate that the average age for both sexes of the students was 21.31 (SD: 2.66) years. The age group most frequently in male students was 21 to 24 years in women was 17 to 20 years. Statistical estimators of the score of the variable suicidal behavior, we report that the sample of students tested is symmetrical and that its size is adequate. The values of the Chi-square test corrected by Yates are significant ( $p \leq 0.05$ ) and tell us which influence the attitudes of students in suicidal behavior. The intensity of the relationship is good ( $r = 0.6363$ ) and its orientation is positive and direct. The influence of the behavioral component of suicidal behavior is of

good intensity and direct ( $r = -0.5725$ ) and explains 32.78% of 40.49% of the influence on suicidal behavior, the knowledge component is a linear influence, directly and positively low intensity ( $r: 0.2933$ ); expresses the influence of 8.60% to explain suicidal behavior. The affective component has a positive influence of low intensity and direct ( $r: 0.1854$ ) contributions to the knowledge of suicidal behavior with only 3.44%. The value of Chi-square statistic tells us that there is influence of the sub indicators of the attitudinal components of suicidal behavior ( $p \leq 0.05$ ) with a very strong ( $r = 0.7161$ ) and this is direct and positive 51.27% of the suicidal behavior is explained by the interaction of these sub indicators. These results confirm the hypothesis of this research work.

KEY WORDS: Attitudes, Behavior suicide: suicidal ideation, suicide attempt.

## INTRODUCCION

El suicidio como problema humano existe desde el origen mismo del hombre, sucede en todas las épocas y afecta a ambos sexos de todas las clases sociales. Este ha sido explicado por la ciencia desde distintos ángulos en los que ha predominado los enfoques sociológicos y psicológicos.

El suicidio le suma a la muerte el problema de la voluntad humana. Ya no se trata de una muerte “natural”, como la que se produce a edades avanzadas, o por un hecho imprevisto como en el caso de los accidentes. Es la propia persona la que decide acabar con su vida. Este hecho posee efectos aún más desestructuradores. Las personas no sólo deben enfrentar la desaparición física de alguien conocido, sino que además deben afrontar el duro golpe que significa el que esa desaparición haya sido deseada o buscada por la misma persona.

El problema de la violencia, del comportamiento autodestructivo, sobretodo en la adolescencia, se expande cada vez más en casi todas las regiones del mundo y, dentro de éste, el suicidio tiene un incremento notable en la última década, originado por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales que lo convierten en un importante problema de salud pública.

El presente trabajo de investigación tiene como propósito central determinar la influencia de ciertas actitudes en la conducta suicida en los estudiantes universitarios. Además, de manera complementaria, se pretende precisar la intensidad de la influencia y la relación existente entre los indicadores y subindicadores de estas dos variables.

La tesis consta de un Capítulo Único de Resultados que desarrolla cinco análisis empleando tablas y gráficos con sus interpretaciones y comentarios respectivos. Estos son: 1. Análisis de los niveles de las actitudes básicas; 2. Análisis de los niveles de la conducta suicida; 3. Análisis de relación de dependencia múltiple de la variable predictora (actitudes) y la variable dependiente (conducta suicida); 4. Análisis de la relación múltiple entre los subindicadores de la variable actitudes y la variable conducta suicida y 5. Análisis de la relación entre los subindicadores de la variable predictora y los indicadores de la variable dependiente. Luego de presentados los resultados de la investigación se hace la discusión de ellos, se plantean las conclusiones a las que se ha arribado y se anotan algunas recomendaciones que surgen como consecuencia del estudio; posteriormente se hace mención del soporte bibliográfico.

Se anexa el proyecto de investigación que comprende el planteamiento teórico con el problema de investigación, el marco conceptual, los antecedentes investigativos, los objetivos, la hipótesis y el planteamiento operacional que expone las diferentes técnicas, instrumentos y materiales de verificación utilizados para recolectar, organizar y analizar los datos.



## 1. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS



**TABLA 01. DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIANTES SEGÚN LA EDAD POR LA VARIABLE SEXO.**

EADAES	SEXO				TOTALES	
	Hombres		Mujeres		n	%
	n	%	n	%		
17 - 20	5	19.23	6	23.08	11	42.31
21 - 24	8	30.77	4	15.38	12	46.15
25 - 28	1	3.85	2	7.69	3	11.54
<b>TOTALES</b>	<b>14</b>	<b>53.85</b>	<b>12</b>	<b>46.15</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>

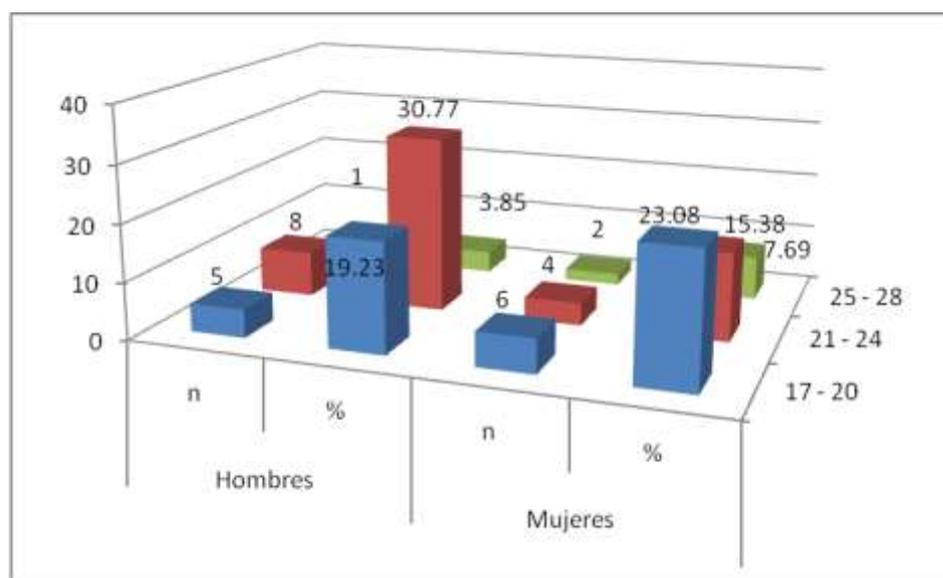
n = 26 UUA.

Media: 21.31

La Tabla 01 nos muestra que el promedio de edad para ambos sexos de los estudiantes de la Universidad Jorge Basadre Grohmann fue 21.31 años. El grupo etario más frecuente en estudiantes varones fue de 21 a 24 años; en mujeres fue de 17 a 20 años.

Estos resultados se ratifican en investigaciones similares lo que demuestra que sus diferencias son pequeñas en los niveles de incidencia y de significación.

**GRAFICO 01. DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIANTES SEGÚN LA EDAD POR LA VARIABLE SEXO.**



Fuente: Elaboración Personal



**2. ANÁLISIS DE LOS NIVELES DE LAS ACTITUDES  
BÁSICAS: COMPORTAMIENTO, CONOCIMIENTO Y  
AFECTIVIDAD**

**TABLA N° 02**  
**NIVELES DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES (COMPORTAMIENTO)**

NIVEL	RELACIONES INTERPERSONALES																	
	Relaciones con compañeros						Relaciones con profesores						Relaciones con familiares					
	Trato		Solidaridad		Trabajo en equipo		Trato		Participación		Cumplimiento de obligaciones		Trato		Autonomía		Comunicación	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>ALTO</b>	3	11.54	2	7.69	1	3.85	3	11.54	2	7.69	1	3.85	3	11.54	1	3.85	3	11.54
<b>MEDIO</b>	11	42.31	11	42.31	10	38.46	14	53.85	10	38.46	13	50.00	8	30.77	12	46.15	9	34.62
<b>BAJO</b>	12	46.15	13	50.00	15	57.69	9	34.62	14	53.85	12	46.15	15	57.69	13	50.00	14	53.85
<b>TOTAL</b>	26	100.00	26	100.00	26	100.00	26	100.00	26	100.00	26	100.00	26	100.00	26	100.00	26	100.00

Fuente.- Elaboración personal

La Tabla 02 demuestra respecto a las relaciones de los estudiantes con sus compañeros, que existe mayormente niveles bajos de trato, solidaridad y trabajo en equipo (46.15%, 50.00% y 57.69% respectivamente). En cuanto a las relaciones con sus profesores hay mayor incidencia en niveles medios de trato y de cumplimiento de obligaciones (53.85% y 50.00% respectivamente) y un nivel bajo de participación (53.85%). Respecto a las relaciones con los familiares existen mayormente niveles bajos en trato, autonomía o independencia y comunicación (57.69%, 50.00% y 53.85% respectivamente). Las relaciones interpersonales, que son parte importante del comportamiento actitudinal, suelen tener serias deficiencias en los estudiantes, muchos jóvenes no están socialmente integrados en forma correcta y están expuestos a situaciones de riesgo como son las conductas autodestructivas.

## GRAFICO 02. NIVELES DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES

**TABLA N° 03**  
**NIVELES DE LOS RASGOS DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS (COMPORTAMIENTO)**

NIVEL	RASGOS DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS																							
	Rasgos Depresivos						Rasgos Agresivos./impulsivos.						Rasgos de Trast. aprendizaje						Rasgos Psicopatológicos					
	Tristeza		Auto estima		Cumplim. de Obligac.		Irritabilid.		Violencia		Control de emociones		Comprens.		Atención		Rendim. académico		Ansiedad		Obsesión./ Compuls.		Neuroticism/ Psicoticismo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>ALTO</b>	10	38.46	3	11.54	2	7.69	13	50.00	12	46.15	2	7.69	2	7.69	2	7.69	1	3.85	15	57.69	8	30.77	11	42.31
<b>MEDIO</b>	9	34.62	9	34.62	12	46.15	8	30.77	8	30.77	8	30.77	13	50.00	11	42.31	12	46.15	10	38.46	14	53.85	11	42.31
<b>BAJO</b>	7	26.92	14	53.85	12	46.15	5	19.23	6	23.08	16	61.54	11	42.31	13	50.00	13	50.00	1	3.85	4	15.38	4	15.38
<b>TOTAL</b>	26	100	26	100	26	100	26	100	26	100	26	100	26	100	26	100	26	100	26	100	26	100	26	100

Fuente.- Elaboración personal

18

La Tabla 03 demuestra que respecto a los rasgos de trastornos psicológicos, existe presencia de rasgos depresivos en los estudiantes con una incidencia alta en tristeza, melancolía (38.46%), baja autoestima (53.85%) y niveles medios y bajos en el cumplimiento de obligaciones (46.15% en ambos casos). También hay presencia de rasgos agresivos/impulsivos con alta incidencia de irritabilidad y de violencia o agresión física/verbal (50.00% y 46.15% respectivamente) y bajo control de emociones (61.54%). Existen rasgos de trastornos del aprendizaje con bajo nivel de atención, concentración y de rendimiento académico (50.00% en ambos casos) aunque el nivel de comprensión es mediano (50.00%). En cuanto a presencia de rasgos psicopatológicos, los estudiantes tienen niveles altos de ansiedad (57.69%), nivel medio de obsesión/compulsión e iguales porcentajes altos y medios en neuroticismo/psicoticismo (42.31%). Cuando hay presencia significativa de rasgos de trastornos psicológicos, como se da en este estudio, es indicadora de un significativo factor de riesgo razón por la cual debe dársele importancia a su tratamiento ya que con facilidad puede influir como condicionante de comportamiento suicida.



Fuente.- Elaboración personal

**TABLA N° 04**  
**NIVELES DE FACTORES DEL COMPONENTE CONOCIMIENTO**

NIVELES	FACTOR I		FACTOR II		FACTOR III		FACTOR IV	
	N	%	N	%	N	%	N	%
MUY ALTO	5	19.23	4	15.38	7	26.92	5	19.23
ALTO	15	57.69	15	57.69	12	46.15	14	53.85
MEDIO	6	23.08	6	23.08	6	23.08	7	26.92
BAJO	-	-	1	3.85	-	-	-	-
MUY BAJO	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	26	100.00	26	100.00	26	100.00	26	100.00

Fuente.- Elaboración personal

Leyenda.-

FACTOR I = Legitimación del suicidio

FACTOR II = Suicidio en enfermos terminales

FACTOR III = Dimensión moral del suicidio

FACTOR IV = El propio suicidio

La Tabla 04 muestra la presencia prioritaria de un nivel alto en los cuatro factores del conocimiento actitudinal de los estudiantes con un 57.69% en el Factor I así como en el Factor II; 46.15% en el Factor III y 53.85% en el Factor IV, los que sumados a la presencia de niveles muy altos en los cuatro factores (19.23%, 15.38%, 26.92% y 19.23% respectivamente) indican una manifiesta creencia u opinión positiva respecto al suicidio. La mayoría de estudiantes con una orientación positiva del conocimiento actitudinal hacia el suicidio muestran una firme convicción y libre de prejuicios, que el suicidio es determinación propia de los individuos, que no atenta contra la moral y que por lo tanto puede ser considerada dentro de las decisiones personales del individuo.

#### GRÁFICO 04. NIVELES DE FACTORES DEL COMPONENTE CONOCIMIENTO



Fuente.-Elaboración personal

**TABLA N° 05**  
**NIVELES DE FACTORES DEL COMPONENTE AFECTIVIDAD**

<b>NIVELES</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>MUY ALTO</b>	5	19.23
<b>ALTO</b>	16	61.54
<b>MEDIO</b>	5	19.23
<b>BAJO</b>	-	-
<b>MUY BAJO</b>	-	-
<b>TOTAL</b>	26	100.00

Fuente.- Elaboración personal

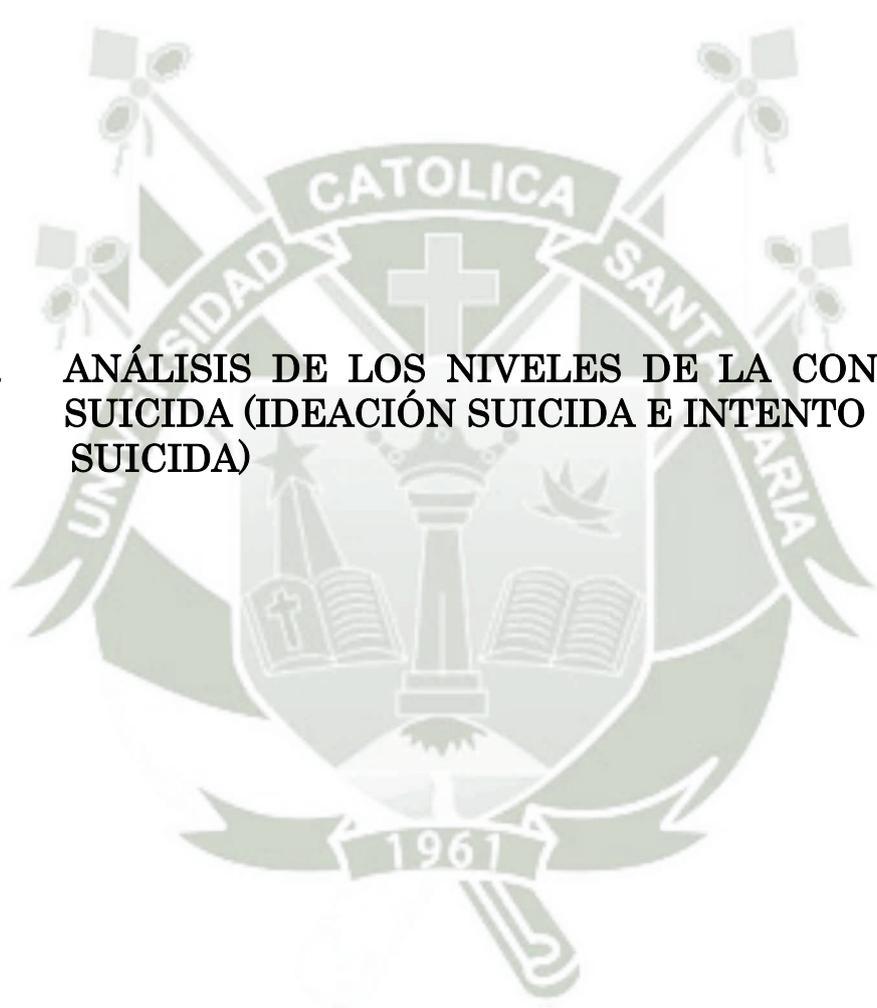
La Tabla 05 de manera similar a la anterior, muestra la presencia prioritaria de un nivel alto de afectividad en los estudiantes (61.54%) sumada a una presencia de niveles muy altos (19.23%) que hacen un total de 87.77%. Estos resultados explican que los sentimientos y emocionabilidad de los estudiantes respecto al suicidio está orientada positivamente.

Es dable indicar que el componente afectivo es el que más influye en la formación de las actitudes y cuando tiene una marcada direccionalidad positiva, en este caso hacia la aceptación del suicidio, constituye un elemento de riesgo necesario a tomarse en consideración.

**GRÁFICO 05. NIVELES DE FACTORES DEL COMPONENTE AFECTIVIDAD**



Fuente.- Elaboración personal



3. **ANÁLISIS DE LOS NIVELES DE LA CONDUCTA  
SUICIDA (IDEACIÓN SUICIDA E INTENTO  
SUICIDA)**

**TABLA N° 06**  
**NIVELES DE IDEACIÓN SUICIDA (CONDUCTA SUICIDA)**

NIVELES	IDEACIÓN SUICIDA											
	Características hacia la vida/muerte						Características de los pensamientos suicidas					
	Deseos de vivir		Deseos de morir		Razones de vivir/morir		Duración		Frecuencia		Actitud hacia el pensamiento.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>BAJO</b>	16	61.54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>MEDIO</b>	10	38.46	10	38.46	8	30.77	8	30.77	6	23.08	2	7.69
<b>ALTO</b>	-	-	16	61.54	18	69.23	18	69.23	20	76.92	24	92.31
<b>TOTAL</b>	26	100	26	100	26	100	26	100	26	100	26	100

Fuente.- Elaboración personal

La Tabla 06 muestra que, en cuanto a las características hacia la vida/muerte, los estudiantes manifestaron prioritariamente bajos deseos de vivir y altos deseos de morir con un 61.54% en ambos y categóricas razones de vivir/morir en un 69.23%.

Respecto a las características de los pensamientos suicidas, la presencia prioritaria de las dimensiones temporales duración y frecuencia son altas (69.23% y 76.92% respectivamente); la actitud hacia el pensamiento/deseo suicida es marcadamente alta (92.31%).

La ideación suicida es preocupante cuando se presenta con una duración continua o crónica, cuando su frecuencia se da en forma persistente y cuando la actitud hacia el pensamiento/deseo suicida es de plena aceptación; por esta razón los resultados obtenidos justifican su prevención y tratamiento.

GRÁFICO 06. NIVELES DE IDEACIÓN SUICIDA (CONDUCTA SUICIDA)



Fuente.- Elaboración personal

**TABLA N° 7**  
**NIVELES DE INTENTO SUICIDA (CONDUCTA SUICIDA)**

NIVELES	INTENTO SUICIDA											
	Características del proyecto de intento						Realización del intento proyectado					
	Método		Capacidad de realizarlo		Razones para efectuarlo		Preparativos		Encubrimiento		Notas dejadas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>BAJO</b>	1	7.69	-	-	-	-	1	7.69	1	7.69	2	15.38
<b>MEDIO</b>	3	23.08	4	30.77	5	38.46	4	30.77	3	23.08	4	30.77
<b>ALTO</b>	9	69.23	9	69.23	8	61.54	8	61.54	9	69.23	7	53.85
<b>TOTAL</b>	13	100	13	100	13	100	13	100	13	100	13	100

Fuente.- Elaboración personal

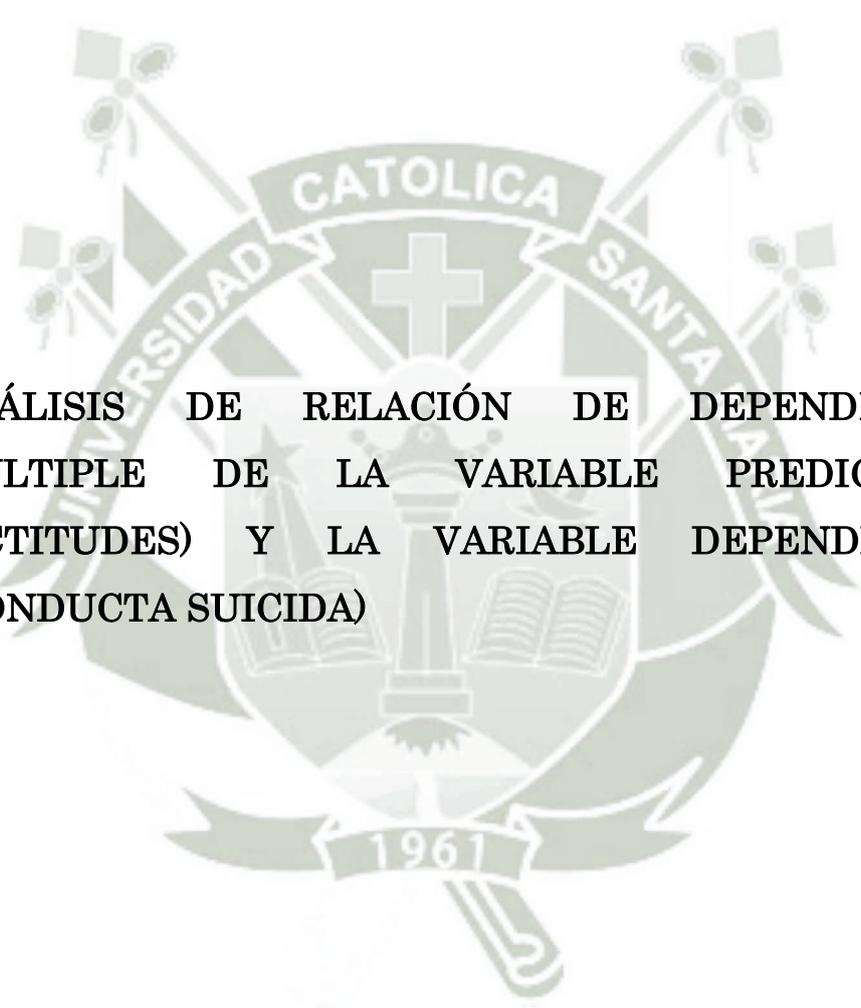
La Tabla 07 muestra que, en cuanto a las características del proyecto de intento suicida, los estudiantes manifestaron que el método: especificación/planes para efectuar el intento; la sensación de capacidad para llevar a cabo el intento y las razones del proyecto de intento han tenido niveles altos ( 69.23% en las dos primeras características y 61.54% en la última).

Respecto a la realización del intento proyectado, los preparativos de realización del intento; las acciones de encubrimiento y la presencia de notas dejadas también han tenido prioritariamente niveles altos (61.54%, 69.23% y 53.85% respectivamente).

Las personas que han intentado suicidio actuando con decisión y contundencia, planificando detalladamente su ejecución, son las que más riesgo presentan de repetir el intento y de, tal vez, consumir el acto suicida.

**GRÁFICO 07. NIVELES DE INTENTO SUICIDA (CONDUCTA SUICIDA)**

Fuente.: Elaboración personal



4. ANÁLISIS DE RELACIÓN DE DEPENDENCIA  
MÚLTIPLE DE LA VARIABLE PREDICTORA  
(ACTITUDES) Y LA VARIABLE DEPENDIENTE  
(CONDUCTA SUICIDA)

TABLA 08.

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE ACTITUDES Y LA  
VARIABLE DEPENDIENTE CONDUCTA SUICIDA.

VARIABLE	INDEPENDIENTES (ACTITUDES)	DEPENDIENTES (CONDUCTA SUICIDA)
Nº DE INDICADORES:	3	1
VARIANZA EXTRAÍDA:	36.8982%	100.00%
REDUNDANCIA TOTAL:	14.9397%	40.4890%
Indicadores	1. Comportamiento 2. Conocimientos 3. Afectividad	C. Suicida

n = 26 UUA

Fuente: Elaboración Personal

Coefficiente Canónico r: 0.6363

Chi cuadrado (25 dF): 11.678

p = 0.00858 (p ≤ 0.05)

Los valores de la prueba de Chi cuadrado nos informa que existe influencia significativa de las actitudes de los estudiantes en la conducta suicida (p: 0.00858). La intensidad de la relación o influencia es de BUENA (R: 0.6363) y su orientación es positiva y directa. Estos resultados confirman la hipótesis de la presente investigación y desestiman la idea de algunos autores que consideran a las actitudes como factores intervinientes no significativos en la conducta suicida.

La totalidad de la varianza del modelo matemático es explicada por la variable dependiente, demostrando que la influencia de la variable actitudes modifica en la totalidad a la variable dependiente. La cantidad de variación es del 40%. Sin embargo existe un 59.51% de variación inexplicada en esta influencia, demostrándonos que el poder discriminante del modelo matemático es regularmente aceptable. Los valores de la varianza y redundancia confirman la intensidad.



TABLA 8-A

VALORES DE LOS COEFICIENTES CANONICALES DE LAS RELACIONES DE LOS INDICADORES DE LA VARIABLE ACTITUDES Y LA VARIABLE CONDUCTA SUICIDA.

RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES		
ACTITUDES	CONDUCTA SUICIDA	
	r	r <sup>2</sup>
Comportamiento	-0.5725	0.3278
Conocimientos	0.2933	0.0860
Afectividad	0.1854	0.0344

n = 26 UUA

Fuente: Elaboración Personal

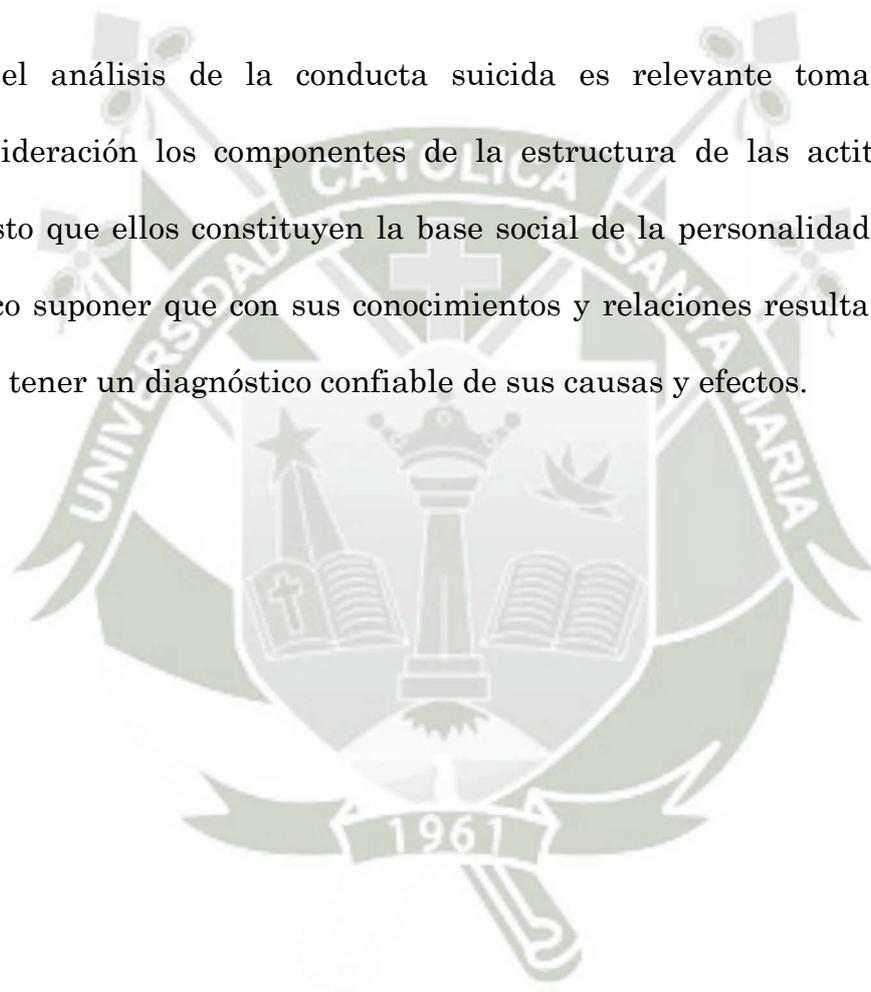
La Tabla 08-A nos ilustra de la influencia (intensidad y dirección) de los componentes (indicadores) de la variable actitudes, sobre el comportamiento de la variable conducta suicida.

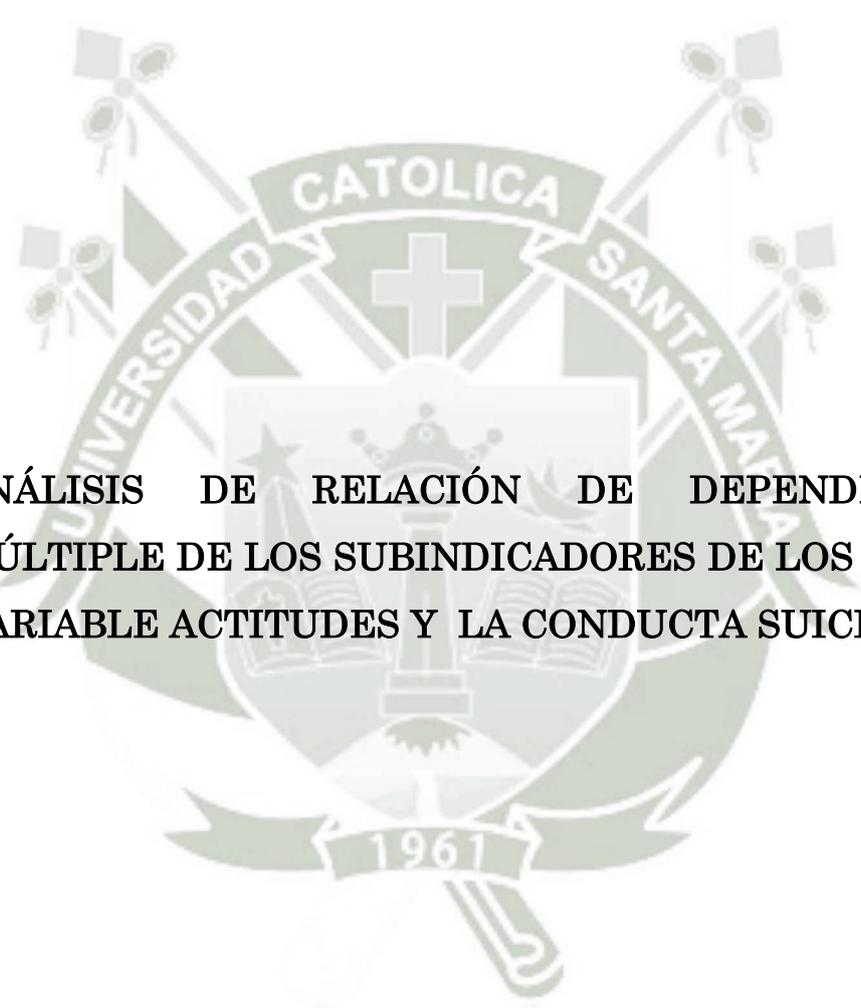
La influencia del componente comportamental o el modo de actuar del suicidista sobre la conducta suicida es de BUENA intensidad, directa (r: -0.5725) y explica el 32.78% del 40.49% de la influencia sobre la conducta suicida.

El componente conocimiento expresa una influencia lineal directa y de sentido positivo de BAJA intensidad (r: 0.2933). Aporta con el 8.60% de influencia, para explicar la conducta suicida. El componente afectividad, tiene una influencia de BAJA intensidad positiva y directa (r:0.1854), aportando al conocimiento de la conducta suicida con sólo 3.44%. Los datos obtenidos demuestran

que si bien hay relación entre los componentes de las actitudes con la conducta suicida, es el componente comportamental el que muestra mayor intensidad de relación debido principalmente a que los estudiantes investigados presentan altos índices de problemas en sus relaciones interpersonales así como de rasgos de trastornos psicológicos.

En el análisis de la conducta suicida es relevante tomar en consideración los componentes de la estructura de las actitudes puesto que ellos constituyen la base social de la personalidad y es lógico suponer que con sus conocimientos y relaciones resulta más fácil tener un diagnóstico confiable de sus causas y efectos.





5. ANÁLISIS DE RELACIÓN DE DEPENDENCIA  
MÚLTIPLE DE LOS SUBINDICADORES DE LOS DE LA  
VARIABLE ACTITUDES Y LA CONDUCTA SUICIDA.

TABLA 09.

**RELACIÓN MÚLTIPLE ENTRE LOS SUBINDICADORES DE LA VARIABLE ACTITUDES Y LA VARIABLE CONDUCTA SUICIDA.**

INDICADORES	INDEPENDIENTES	DEPENDIENTES
Nº SUBINDICADORES:	6	1
VARIANZA EXTRAÍDA:	27.39%	100.00%
REDUNDANCIA TOTAL:	14.04%	51.27%
Subindicadores:		
1:	R.Interpr	C. Suicida
2:	R.T.Psicol	
3:	Fact. I	
4:	Fact II	
5:	Fact III	
6:	Fact IV	

Fuente: Elaboración Personal

COEFICIENTE CANONICAL  $r$ : 0.7161  $r^2$ : 0.5127

Chi<sup>2</sup> (6 dF): 15.097

$p$ :0.00153 ( $p \leq 0.05$ )

El valor de estadístico del Chi cuadrado ( $p$ :0.00153) nos informa que existe influencia de los subindicadores de los componentes actitudinales sobre la variable conducta suicida. La intensidad de esta influencia es MUY FUERTE ( $r$ : 0.7161), siendo esta directa y positiva. El 51.27% de la conducta suicida es explicada por la interacción de estos subindicadores.

La totalidad de la varianza (100%) del modelo matemático es explicada por la variable dependiente, demostrando que la influencia de la variable actitudes modifica en la totalidad a la variable dependiente. La cantidad de variación es del 51.27% siendo un valor aceptable y adecuado.

**6. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LOS  
SUBINDICADORES DE LA VARIABLE PREDICTORA Y  
LOS INDICADORES DE LA VARIABLE DEPENDIENTE**

**TABLA 10.**  
**INFLUENCIA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES EN LA**  
**IDEACIÓN SUICIDA**

Relaciones interpersonales	Ideación suicida							
	Baja		Media		Alta		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baja	1	100.00%	5	100.00%	14	70.00%	20	18,1
Media	0	0.00%	1	0.00%	4	25.00%	5	36,1
Alta	0	0.00%	0	0.00%	1	5.00%	1	20,8
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100.00%</b>	<b>6</b>	<b>100.00%</b>	<b>19</b>	<b>100.00%</b>	<b>26</b>	<b>0.00%</b>

**p: 0.431**

**r: 0.35707**

Fuente.- Elaboración personal

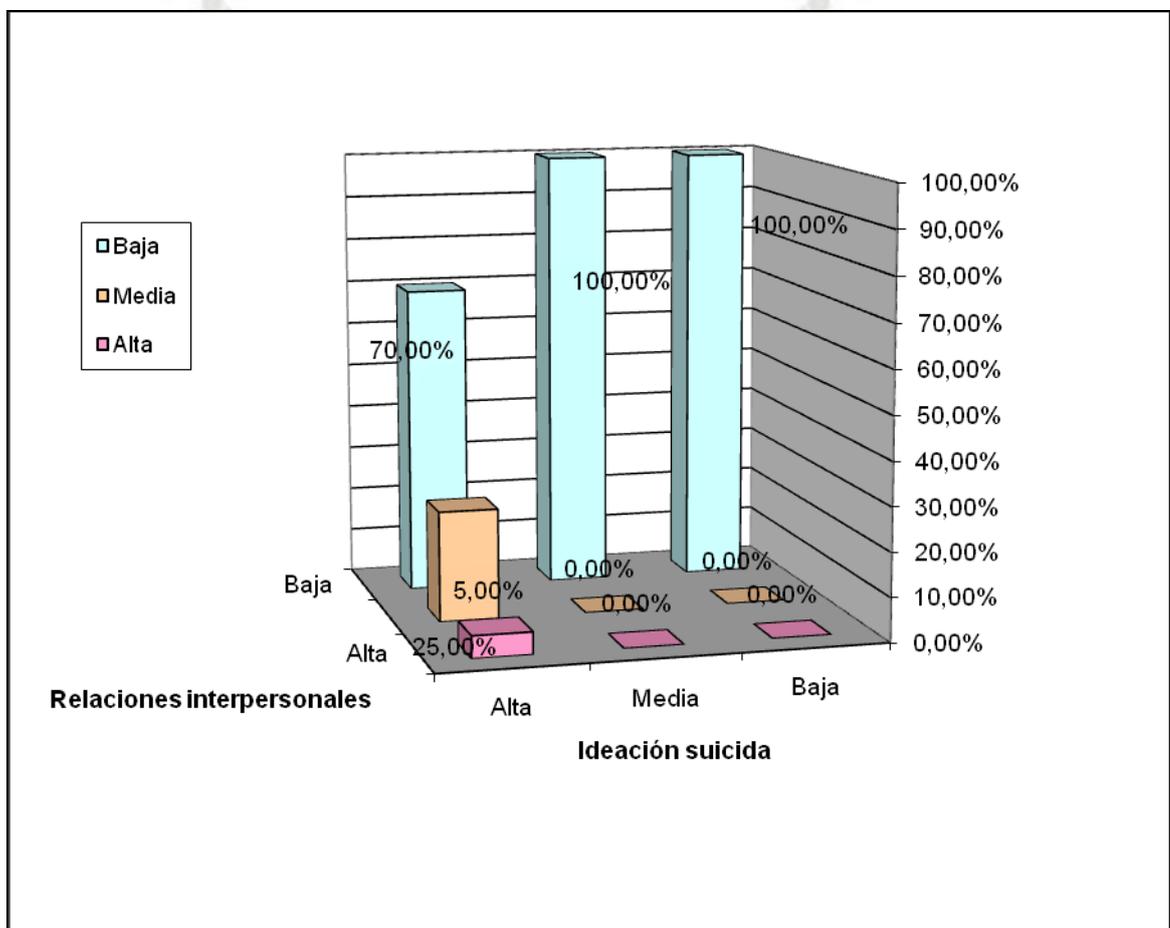
La Tabla 10 y el Gráfico 08 muestran que las relaciones interpersonales bajas de los estudiantes inciden prioritariamente en ideación suicida alta presentándose 14 casos que representan el 70.00% de este nivel.

El cálculo de la prueba de Chi Cuadrado, con la corrección de Yates arroja un valor de  $p:0.431$  y el Coeficiente Canónico es de  $r:0.35707$  lo cual indica que se acepta la hipótesis nula, es decir no hay relación entre las dos variables y su influencia o intensidad es baja.

Es evidente que la gran mayoría de estudiantes con ideación suicida adolecen de buenas relaciones interpersonales tanto con sus compañeros, profesores, familiares como con otras personas de su contexto social constituyéndose este déficit en una característica principal y negativa de este subindicador de la conducta suicida.

GRAFICO 08.

INFLUENCIA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES EN LA  
IDEACIÓN SUICIDA



Fuente.- Elaboración personal

**TABLA 11.**  
**INFLUENCIA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES EN EL  
INTENTO SUICIDA**

Relaciones interpersonales	Intento suicida							
	Baja		Media		Alta		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baja	1	50.00%	0	0.00%	10	100.00%	11	84.62%
Media	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	1	7.69%
Alta	1	50.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	7.69%
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100.00%</b>	<b>1</b>	<b>100.00%</b>	<b>10</b>	<b>100.00%</b>	<b>13</b>	<b>100.00%</b>

**p: 0.310**

**r: 0.48397**

Fuente.- Elaboración personal

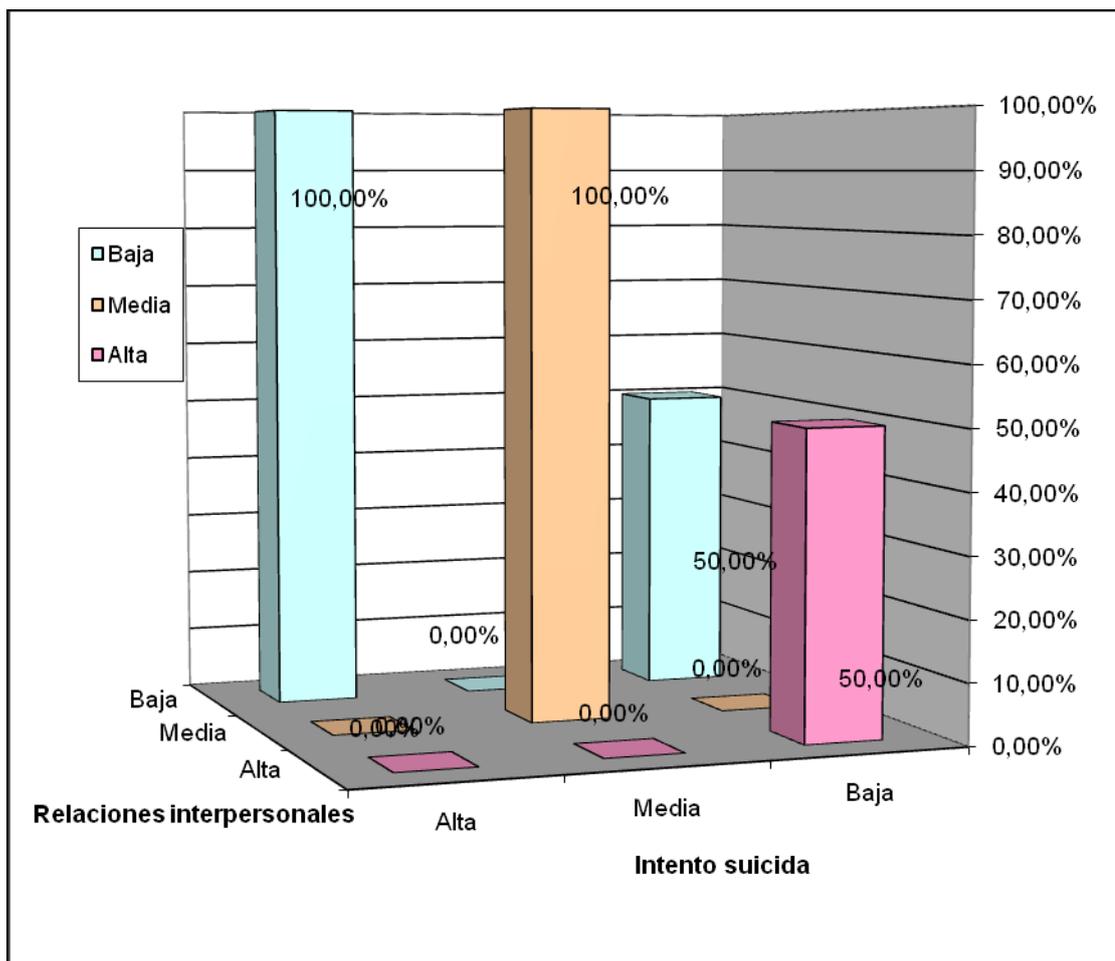
La Tabla 11 y el Gráfico 09 muestran que las relaciones interpersonales bajas de los estudiantes también influyen mayormente en el nivel alto de intentos suicidas presentándose 10 casos que representan el 100% de este nivel.

El cálculo de la prueba de Chi Cuadrado, con la corrección de Yates arroja un valor de  $p:0.310$  y el Coeficiente Canónico es de  $r:0.48397$  lo cual, al igual que en la Tabla anterior, es indicador que se acepta la hipótesis nula es decir que no hay relación entre las variables y su grado de influencia o intensidad es bajo.

Las relaciones interpersonales no constituyen un factor determinante en los intentos suicidas pero si podemos aseverar que la mayoría de estudiantes intentadores de suicidio manifiestan no tener un buen desenvolvimiento social y presentan serias deficiencias en su dinámica académica, familiar y en otras relaciones humanas, lo cual es preocupante y conjuntamente con otros factores conductuales negativos pueden fácilmente constituirse en factores de riesgo de comportamiento suicida.

GRAFICO 09.

INFLUENCIA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES  
EN EL INTENTO SUICIDA



Fuente.- Elaboración personal

**TABLA 12.**  
**INFLUENCIA DE LOS RASGOS DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN LA IDEACIÓN SUICIDA**

Trastornos psicológicos	Ideación suicida							
	Baja		Media		Alta		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baja	1	33.33%	0	0.00%	1	5.56%	2	7.69%
Media	2	66.67%	5	100.00%	4	22.22%	11	42.31%
Alta	0	0.00%	0	0.00%	13	72.22%	13	50.00%
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100.00%</b>	<b>5</b>	<b>100.00%</b>	<b>18</b>	<b>100.00%</b>	<b>26</b>	<b>100.00%</b>

**p: 0.003**

**r: 0.70027**

Fuente.- Elaboración personal

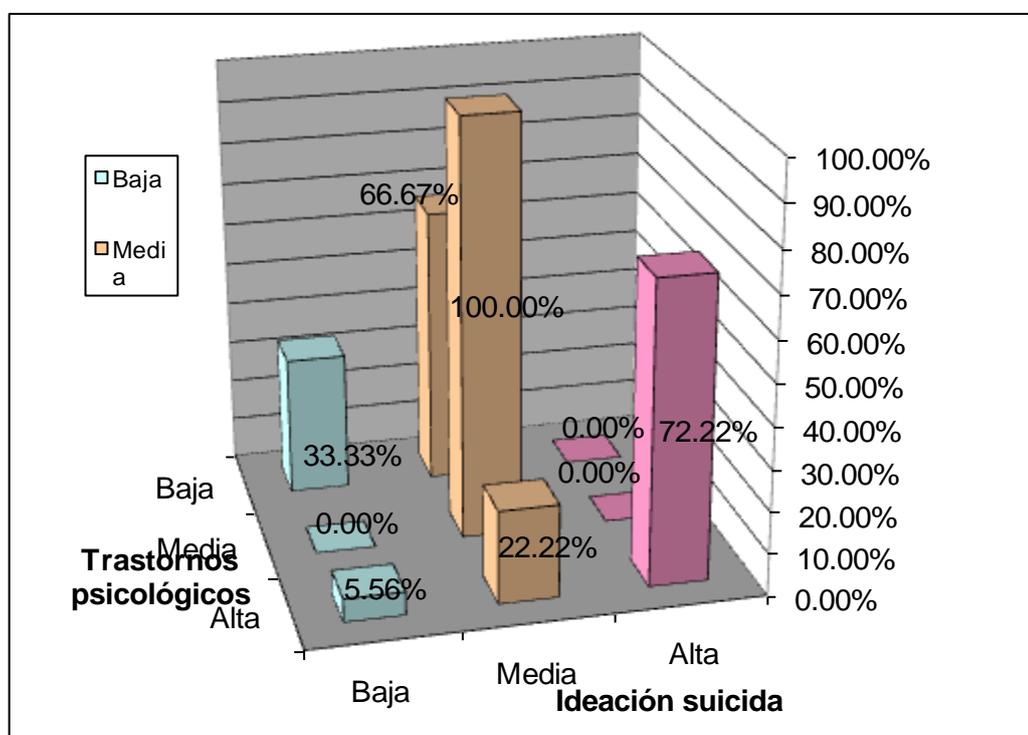
La Tabla 12 y el Gráfico 10 muestran que los estudiantes con alto nivel de rasgos de trastornos psicológicos también presentan altos niveles de ideación suicida (13 casos que representan el 72,22% de este nivel).

El cálculo de la prueba de Chi Cuadrado, con la corrección de Yates arroja un valor de  $p: 0.003$  y el Coeficiente Canónico es de  $r: 0.70027$  lo que indica un alto grado de relación entre las variables y una influencia o intensidad muy buena o fuerte.

Es común apreciar una relación directa entre la presencia de rasgos de trastornos psicológicos tales como depresión, agresividad, impulsividad, trastornos del aprendizaje, trastornos psicopatológicos etc., y niveles altos de ideación suicida, constituyéndose algunos de estos rasgos en principales factores de riesgo de conducta suicida. En adolescentes es de suma importancia considerar los rasgos depresivos puesto que está demostrado la alta presencia de ellos en casi la totalidad de conductas suicidas.

GRAFICO 10.

INFLUENCIA DE LOS RASGOS DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS  
EN LA IDEACIÓN SUICIDA



Fuente: Elaboración Personal

**TABLA 13.**  
**INFLUENCIA DE LOS RASGOS DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN  
EL INTENTO SUICIDA**

Trastornos psicológicos	Intento suicida							
	Baja		Media		Alta		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baja	1	50.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	7.69%
Media	1	50.00%	1	100.00%	1	10.00%	3	23.08%
Alta	0	0.00%	0	0.00%	9	90.00%	9	69.23%
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100.00%</b>	<b>1</b>	<b>100.00%</b>	<b>10</b>	<b>100.00%</b>	<b>13</b>	<b>100.00%</b>

**p: 0.003**

**r: 0.73143**

Fuente.- Elaboración personal

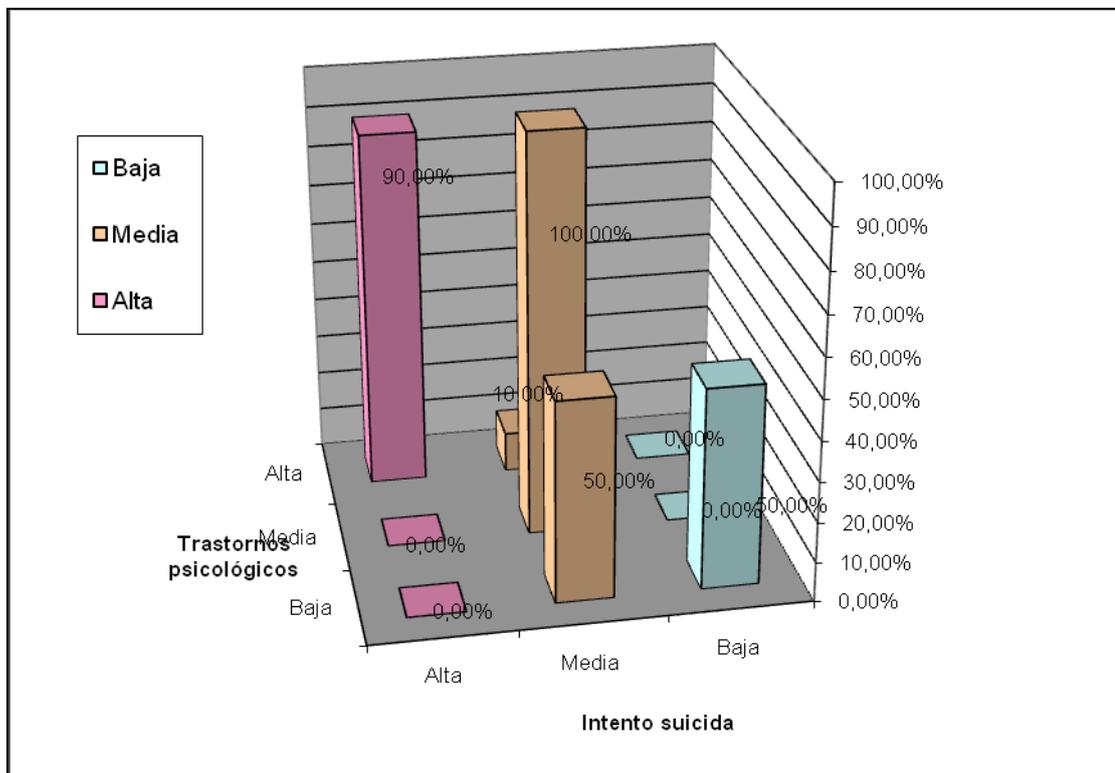
La Tabla 13 y el Gráfico 11 muestran que los estudiantes que presentan niveles de rasgos de trastornos psicológicos altos tienen una mayor incidencia en niveles altos de intento suicida presentándose 9 casos que representan el 90% de este nivel.

El cálculo de la prueba de Chi Cuadrado, con la corrección de Yates arroja un valor de  $p:0.003$  y el Coeficiente Canonical es de  $r:0.73143$  lo que indica una alta relación entre las dos variables y un grado de influencia o intensidad de muy bueno o fuerte.

La presencia de altos rasgos de trastornos psicológicos tienen influencia importante en los intentos de suicidio razón por la cual deben de ser atendidos en forma inmediata puesto que, en algunos casos, pueden convertirse en elementos desencadenantes de conducta suicida.

GRAFICO 11.

INFLUENCIA DE LOS RASGOS DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN  
EL INTENTO SUICIDA



Fuente: Elaboración Personal

**TABLA 14.**  
**INFLUENCIA DEL FACTOR I (LEGITIMACIÓN DEL SUICIDIO) EN LA  
IDEACIÓN SUICIDA**

Factor I	Ideación suicida							
	Baja		Media		Alta		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baja	0	0.00%	0	0.00%	1	5.26%	1	3.85%
Media	1	33.33%	1	25.00%	5	26.32%	7	26.92%
Alta	2	66.67%	3	75.00%	13	68.42%	18	69.23%
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100.00%</b>	<b>4</b>	<b>100.00%</b>	<b>19</b>	<b>100.00%</b>	<b>26</b>	<b>100.00%</b>

**p: 0.073**

**r: 0.36188**

Fuente.- Elaboración personal

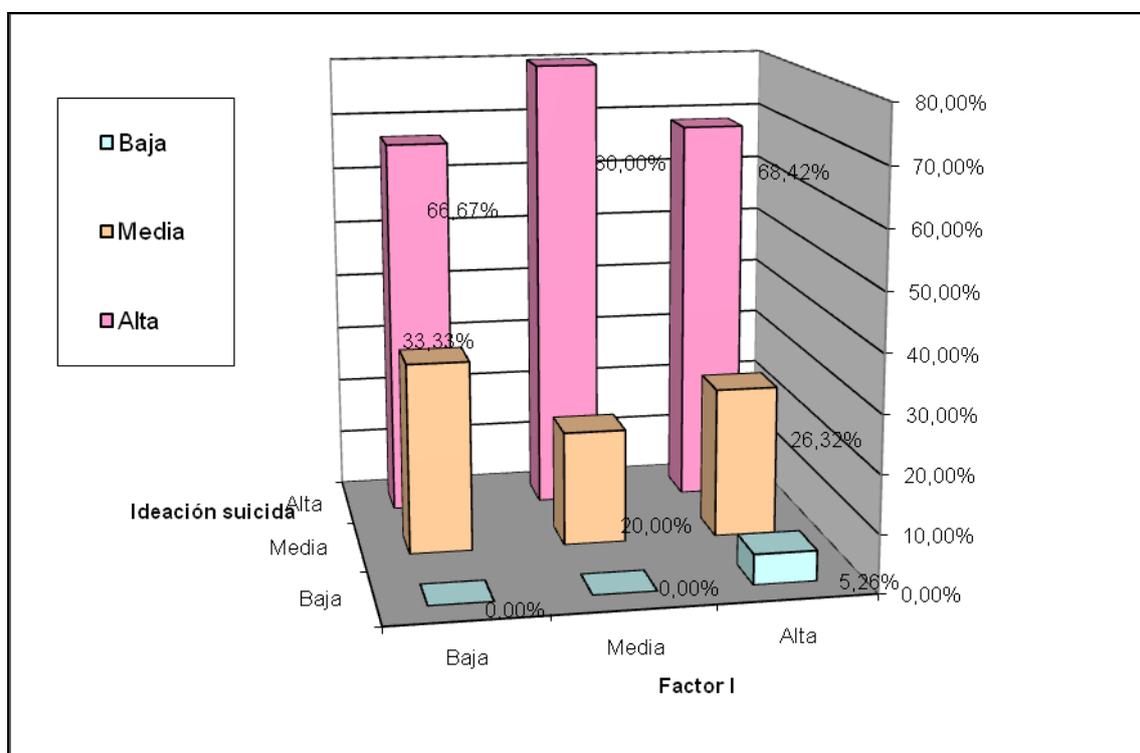
La Tabla 14 y el Gráfico 12 muestran que el FACTOR I (Legitimación del Suicidio) del componente conocimiento de las actitudes de los estudiantes, en su nivel alto, incide en niveles altos de ideación suicida presentándose 13 casos que representan el 68,42% de este nivel.

El cálculo de la prueba de Chi Cuadrado, con la corrección de Yates arroja un valor de  $p:0.073$  y el Coeficiente Canonical es de  $r:0.36188$  lo que indica que se acepta la hipótesis nula, es decir que no hay relación entre las variables y que su grado de influencia o intensidad es bajo.

A pesar de que los indicadores estadísticos en las investigaciones no muestran mayor relación entre estas variables, es dable señalar que los estudiantes con altos niveles en este Factor al aceptar el suicidio como una forma legítima de morir o como una decisión propia y normal tienen ideas suicidas más recurrentes y con mayor intensidad puesto que piensan y actúan libres de prejuicios y con actitudes definidas.

GRAFICO 12.

INFLUENCIA DEL FACTOR I (LEGITIMACIÓN DEL SUICIDIO) EN LA  
IDEACIÓN SUICIDA



Fuente: Elaboración Personal

**TABLA 15.**  
**INFLUENCIA DEL FACTOR I (LEGITIMACIÓN DEL SUICIDIO) EN EL  
INTENTO SUICIDA**

Factor I	Intento suicida							
	Baja		Media		Alta		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baja	0	0.00%	1	33.33%	1	11.11%	2	15.38%
Media	0	0.00%	1	33.33%	1	11.11%	2	15.38%
Alta	1	100.00%	1	33.33%	7	77.78%	9	69.23%
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100.00%</b>	<b>3</b>	<b>100.00%</b>	<b>9</b>	<b>100.00%</b>	<b>13</b>	<b>100.00%</b>

**p: 0.069**

**r: 0.47878**

Fuente.- Elaboración personal

La Tabla 15 y el Gráfico 13 muestran en forma similar a los anteriores que el FACTOR I (Legitimación del Suicidio) del componente conocimiento de las actitudes de los estudiantes, en su nivel alto, incide en niveles altos de intento suicida presentándose 7 casos que representan el 77.78% de este nivel.

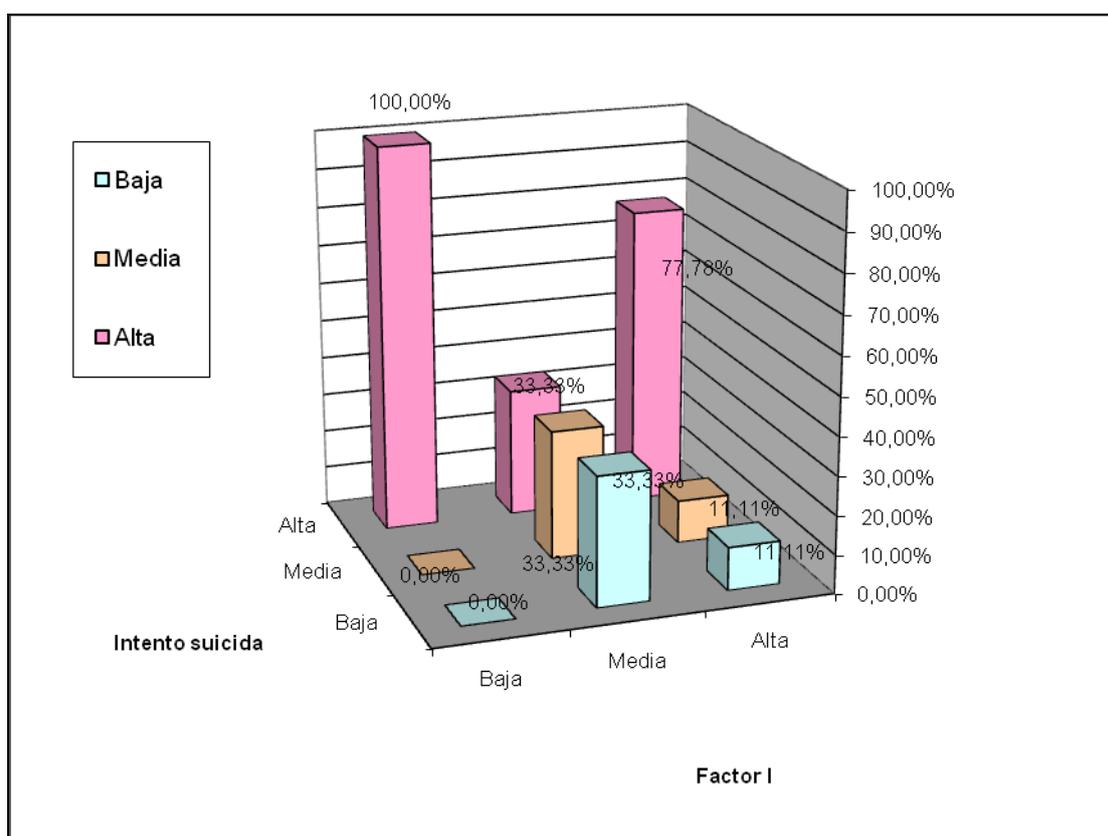
El cálculo de la prueba de Chi Cuadrado, con la corrección de Yates arroja un valor de  $p: 0.069$  y el Coeficiente Canonical es de  $r:0.47878$  lo que indica que se acepta la hipótesis nula, es decir que no hay relación entre las variables y su grado de influencia o intensidad es bajo.

Es importante señalar que la mayoría de estudiantes que han intentado suicidarse legitiman el suicidio; es decir, manifiestan que el suicidio debe ser aceptado como algo normal en nuestra sociedad y que las personas son libres de elegir esta posibilidad, siendo estas opiniones u actitudes motivaciones

que refuerzan positivamente la conducta suicida y pueden llegar a ser condicionantes en las horas críticas de desesperanza.

**GRAFICO 13.**

**INFLUENCIA DEL FACTOR I (LEGITIMACIÓN DEL SUICIDIO)  
EN EL INTENTO SUICIDA**



**Fuente:** Elaboración Personal

**TABLA 16.**  
**INFLUENCIA DEL FACTOR II (SUICIDIO EN ENFERMOS  
TERMINALES) EN LA IDEACIÓN SUICIDA**

Factor II	Ideación suicida							
	Baja		Media		Alta		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baja	0	0.00%	0	0.00%	1	5.56%	1	3.85%
Media	1	33.33%	1	20.00%	3	16.67%	5	19.23%
Alta	2	66.67%	4	80.00%	14	77.78%	20	76.92%
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100.00%</b>	<b>5</b>	<b>100.00%</b>	<b>18</b>	<b>100.00%</b>	<b>26</b>	<b>100.00%</b>

**p: 0.098**

**r: 0.35760**

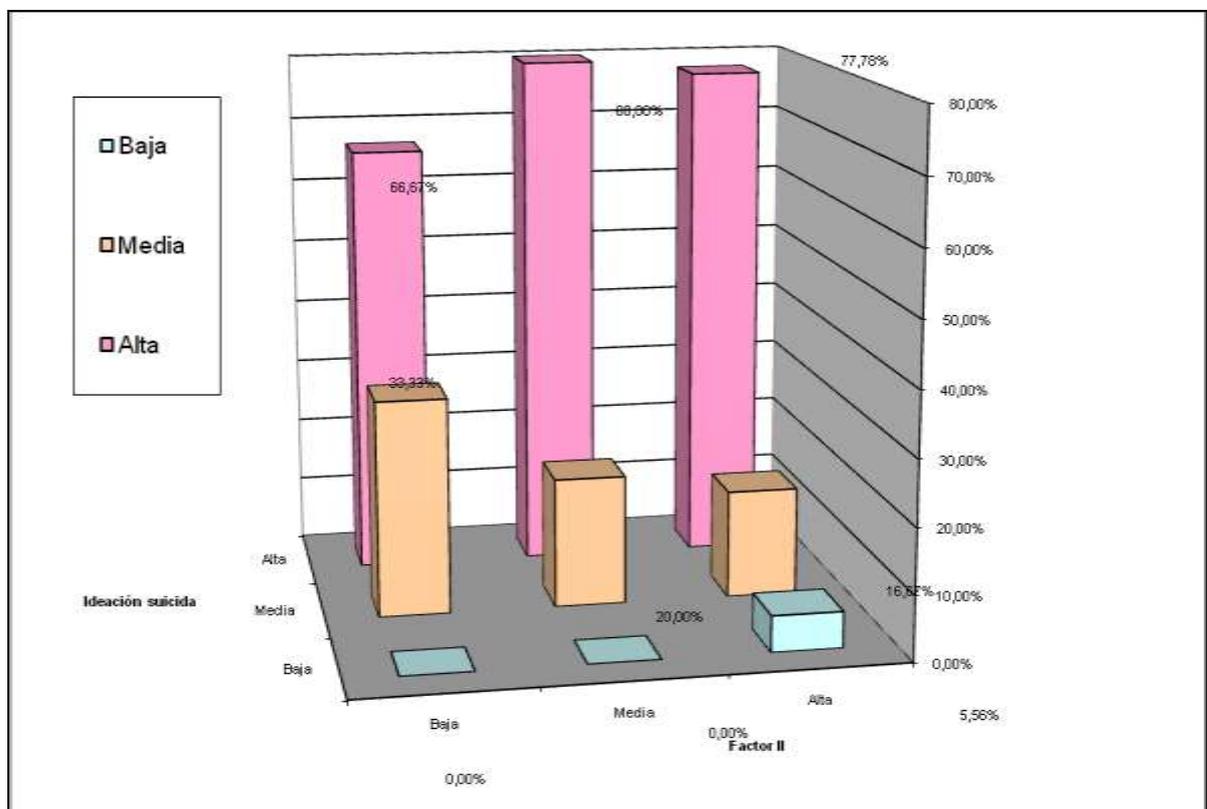
Fuente.- Elaboración personal

La Tabla 16 y el Gráfico 14 muestran que el FACTOR II (Suicidio en enfermos terminales) del componente conocimiento de las actitudes de los estudiantes, en su nivel alto, también incide prioritariamente en la ideación suicida alta presentándose 14 casos que representan el 77,78% de este nivel.

El cálculo de la prueba de Chi Cuadrado, con la corrección de Yates arroja un valor de  $p: 0.098$  y el Coeficiente Canónico es de  $r:0.35760$ , lo que indica que se acepta la hipótesis nula, es decir que no hay relación entre ambas variables y que el grado de influencia o intensidad es bajo.

Se debe tomar en consideración que los altos niveles obtenidos en el Factor II son indicadores que los estudiantes piensan que debería permitirse el suicidio a las personas con enfermedades incurables y que es comprensible ayudarlos en su decisión, siendo estas opiniones elementos reforzadores en la formación de ideas suicidas.

**GRAFICO 14.**  
**INFLUENCIA DEL FACTOR II (SUICIDIO EN ENFERMOS**  
**TERMINALES)**  
**EN LA IDEACIÓN SUICIDA**



Fuente: Elaboración Personal

**TABLA 17.**  
**INFLUENCIA DEL FACTOR II (SUICIDIO EN ENFERMOS  
TERMINALES) EN EL INTENTO SUICIDA**

Factor II	Intento suicida							
	Baja		Media		Alta		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baja	1	50.00%	0	0.00%	1	11.11%	2	15.38%
Media	0	0.00%	1	50.00%	1	11.11%	2	15.38%
Alta	1	50.00%	1	50.00%	7	77.78%	9	69.23%
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100.00%</b>	<b>2</b>	<b>100.00%</b>	<b>9</b>	<b>100.00%</b>	<b>13</b>	<b>100.00%</b>

**p: 0.28**

**r: 0.47026**

Fuente.- Elaboración personal

La Tabla 17 y el Gráfico 15 muestran al igual que los anteriores que el FACTOR II (Suicidio en enfermos terminales) del componente conocimiento de las actitudes de los estudiantes, en su nivel alto, también incide prioritariamente en el intento suicida alto presentándose 7 casos que representan el 77.78% de este nivel.

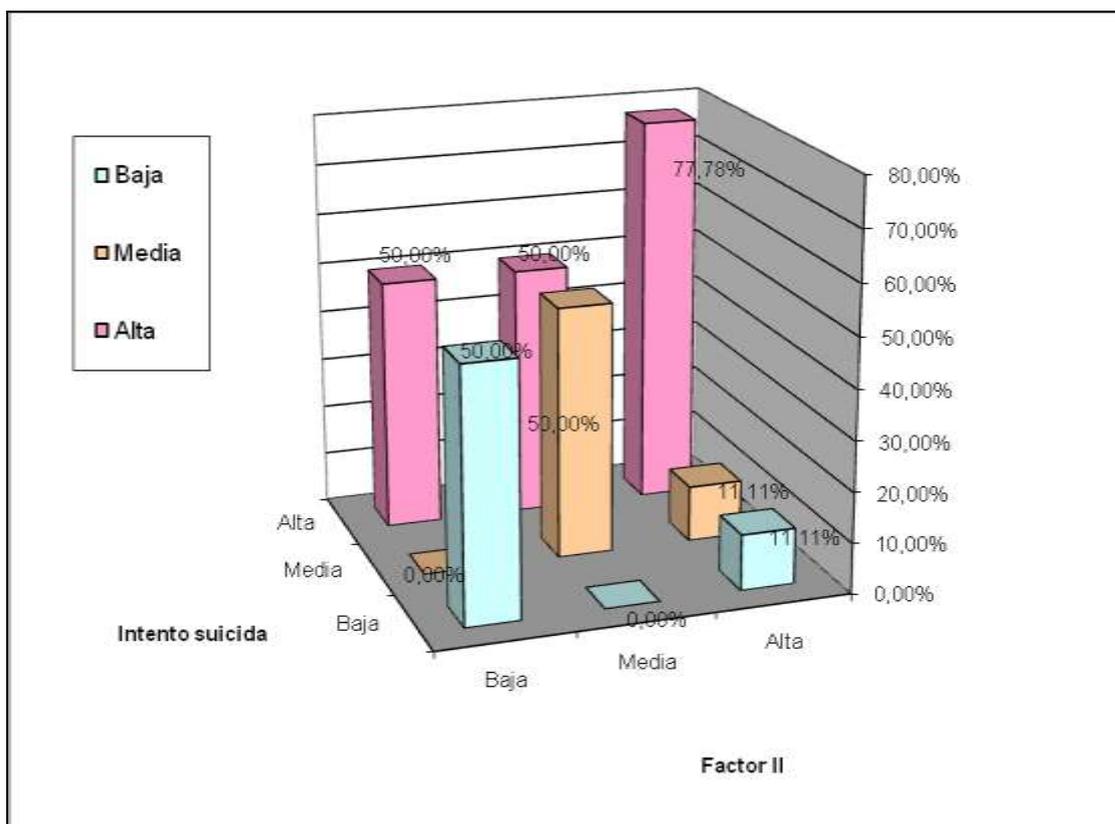
El cálculo de la prueba de Chi Cuadrado, con la corrección de Yates arroja un valor de  $p:0.28$  y el Coeficiente Canónico es de  $r:0.47026$  lo que indica que se acepta la hipótesis nula, es decir que no hay relación entre ambas variables y su grado de influencia o intensidad es bajo.

De manera similar a lo señalado en la Tabla 18 se debe considerar la idea que desde el momento que los estudiantes aceptan enfáticamente que el suicidio debe ser aceptado en enfermos terminales ya esta opinión es considerada como reforzadora positiva para la toma de decisión del suicidio

en estos casos, y es muestra que en los estudiantes existe disposición o actitud favorable hacia el suicidio.

GRAFICO 15.

INFLUENCIA DEL FACTOR II (SUICIDIO EN ENFERMOS  
TERMINALES) EN EL INTENTO SUICIDA



Fuente: Elaboración Personal

**TABLA 18.**  
**INFLUENCIA DEL FACTOR III (DIMENSIÓN MORAL DEL SUICIDIO)**  
**EN LA IDEACIÓN SUICIDA**

Factor III	Ideación suicida							
	Baja		Media		Alta		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baja	0	0.00%	1	16.67%	1	5.56%	2	7.69%
Media	1	50.00%	1	16.67%	3	16.67%	5	19.23%
Alta	1	50.00%	4	66.67%	14	77.78%	19	73.08%
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100.00%</b>	<b>6</b>	<b>100.00%</b>	<b>18</b>	<b>100.00%</b>	<b>26</b>	<b>100.00%</b>

**p: 0.44**

**r: 030508**

Fuente.- Elaboración personal

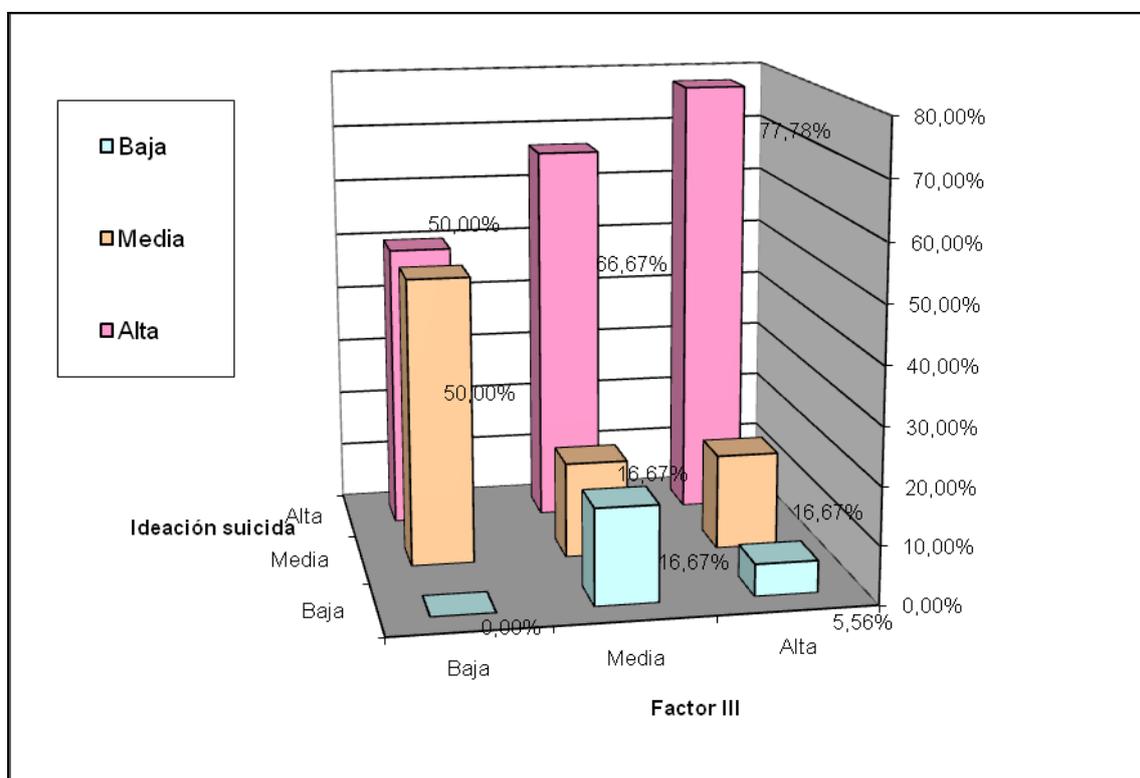
La Tabla 18 y el Gráfico 16 muestran que el FACTOR III (Dimensión moral del suicidio) del componente conocimiento de las actitudes de los estudiantes, en su nivel alto, incide prioritariamente en la ideación suicida alta presentándose 14 casos que representan el 77,78% de este nivel.

El cálculo de la prueba de Chi Cuadrado, con la corrección de Yates arroja un valor de p: 0.44 y el Coeficiente Canonical es de r:030508 lo cual indica que se acepta la hipótesis nula, es decir que no hay relación entre las variables y que el grado de influencia o intensidad es bajo.

Los estudiantes con altos niveles en este Factor manifiestan que el suicidio no es un acto inmoral, que no atenta en contra de la sociedad y por lo tanto no tiene porqué prohibírsele; de esta forma la ideación suicida también se ve reforzada y es necesaria considerarla como factor de riesgo suicida.

GRAFICO 16.

INFLUENCIA DEL FACTOR III (DIMENSIÓN MORAL DEL SUICIDIO)  
EN LA IDEACIÓN SUICIDA



Fuente: Elaboración Personal

**TABLA 19.**  
**INFLUENCIA DEL FACTOR III (DIMENSIÓN MORAL DEL SUICIDIO)**  
**EN EL INTENTO SUICIDA**

Factor III	Intento suicida							
	Baja		Media		Alta		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baja	1	50.00%	0	0.00%	1	11.11%	2	15.38%
Media	0	0.00%	1	50.00%	1	11.11%	2	15.38%
Alta	1	50.00%	1	50.00%	7	77.78%	9	69.23%
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100.00%</b>	<b>2</b>	<b>100.00%</b>	<b>9</b>	<b>100.00%</b>	<b>13</b>	<b>100.00%</b>

**p: 0.28**

**r: 0.47026**

Fuente.- Elaboración personal

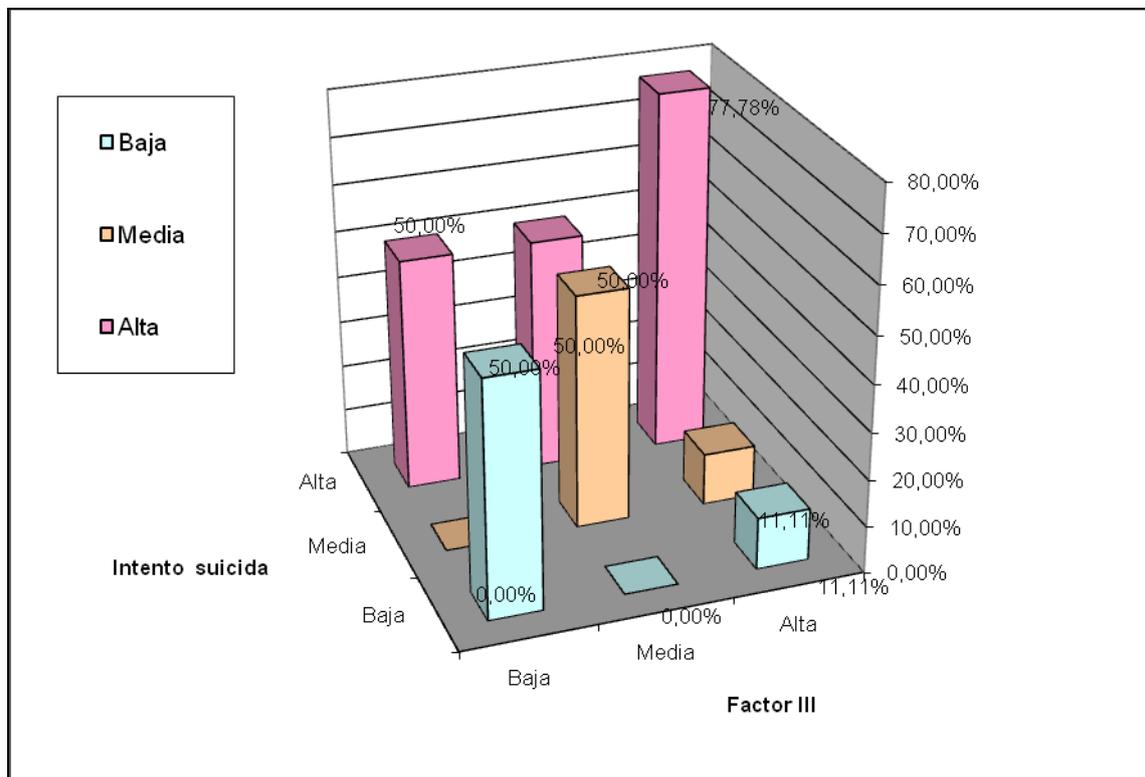
La Tabla 19 y el Gráfico 17 muestran al igual que los anteriores que el FACTOR III (Dimensión moral del suicidio) del componente conocimiento de las actitudes de los estudiantes, en su nivel alto, también incide prioritariamente en el intento suicida alto presentándose 7 casos que representan el 77.78% de este nivel.

El cálculo de la prueba de Chi Cuadrado, con la corrección de Yates arroja un valor de  $p: 0.28$  y el Coeficiente Canonical es de  $r: 0.47026$  lo cual indica que se acepta la hipótesis nula, es decir que no hay relación entre las variables y su grado de influencia o intensidad es bajo.

La presencia de niveles altos de este Factor también puede justificar la incidencia de altos niveles de intentos suicidas en los estudiantes, puesto que el suicidio al no ser considerado como un acto inmoral no será ninguna limitante para la toma de decisiones en los momentos críticos de desesperanza que se les presenten.

GRAFICO 17.

INFLUENCIA DEL FACTOR III (DIMENSIÓN MORAL DEL SUICIDIO)  
EN EL INTENTO SUICIDA



Fuente: Elaboración Personal

**TABLA 20.**  
**INFLUENCIA DEL FACTOR IV (EL PROPIO SUICIDIO) EN LA**  
**IDEACIÓN SUICIDA**

Factor IV	Ideación suicida							
	Baja		Media		Alta		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baja	0	0.00%	0	0.00%	1	5.26%	1	3.85%
Media	1	0.00%	1	20.00%	4	21.05%	5	19.23%
Alta	2	100.00%	4	80.00%	14	73.68%	20	76.92%
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100.00%</b>	<b>5</b>	<b>100.00%</b>	<b>19</b>	<b>100.00%</b>	<b>26</b>	<b>100.00%</b>

**p: 0.89**

**r: 0.35975**

Fuente.- Elaboración personal

La Tabla 20 y el Gráfico 18 muestran que el FACTOR IV (El propio suicidio) del componente conocimiento de las actitudes de los estudiantes, en su nivel alto, incide prioritariamente en la ideación suicida alta presentándose 14 casos que representan el 73.68% de este nivel.

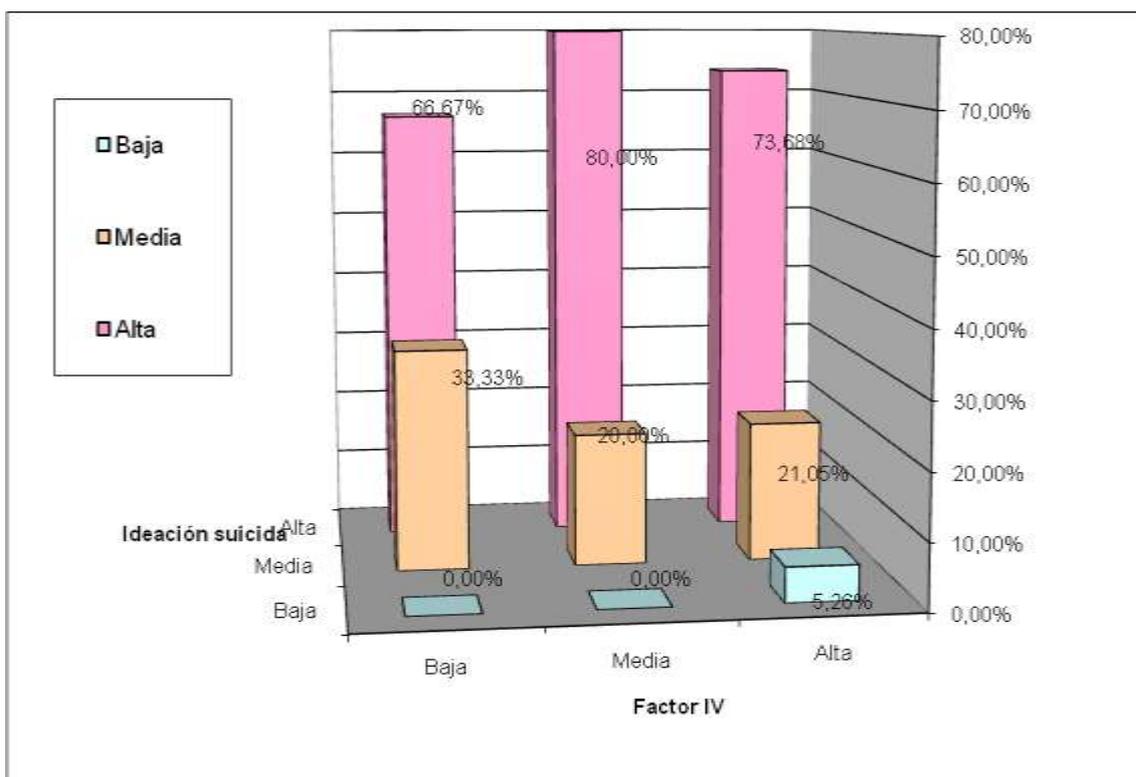
El cálculo de la prueba de Chi Cuadrado, con la corrección de Yates arroja un valor de p: 0.89 y el Coeficiente canónico es de r:0.35975 lo cual indica que se acepta la hipótesis nula, es decir que no hay relación entre las variables y que su grado de influencia o intensidad es bajo.

Es importante considerar en el análisis de la conducta suicida que la influencia alta de este Factor en la ideación suicida indica que los estudiantes en situaciones extremas tienen disposición para tomar la decisión del suicidio; estas ideas son recurrentes y están fijadas

fuertemente en las actitudes de los jóvenes lo cual, desde ya, constituye un riesgo suicida necesario de tomar en cuenta.

GRAFICO 18.

INFLUENCIA DEL FACTOR IV (EL PROPIO SUICIDIO) EN LA IDEACIÓN SUICIDA



Fuente: Elaboración Personal

**TABLA 21.**  
**INFLUENCIA DEL FACTOR IV (EL PROPIO SUICIDIO) EN EL  
INTENTO SUICIDA**

Factor IV	Intento suicida							
	Baja		Media		Alta		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baja	1	50.00%	0	0.00%	1	11.11%	2	15.38%
Media	0	0.00%	1	50.00%	1	11.11%	2	15.38%
Alta	1	50.00%	1	50.00%	7	77.78%	9	69.23%
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100.00%</b>	<b>2</b>	<b>100.00%</b>	<b>9</b>	<b>100.00%</b>	<b>13</b>	<b>100.00%</b>

**p: 0.28**

**r: 0.47026**

Fuente.- Elaboración personal

La Tabla 21 y el Gráfico 19 muestran al igual que los anteriores que el FACTOR IV (El propio suicidio) del componente conocimiento de las actitudes de los estudiantes, en su nivel alto, también incide prioritariamente en el intento suicida alto presentándose 7 casos que representan el 77,78% de este nivel.

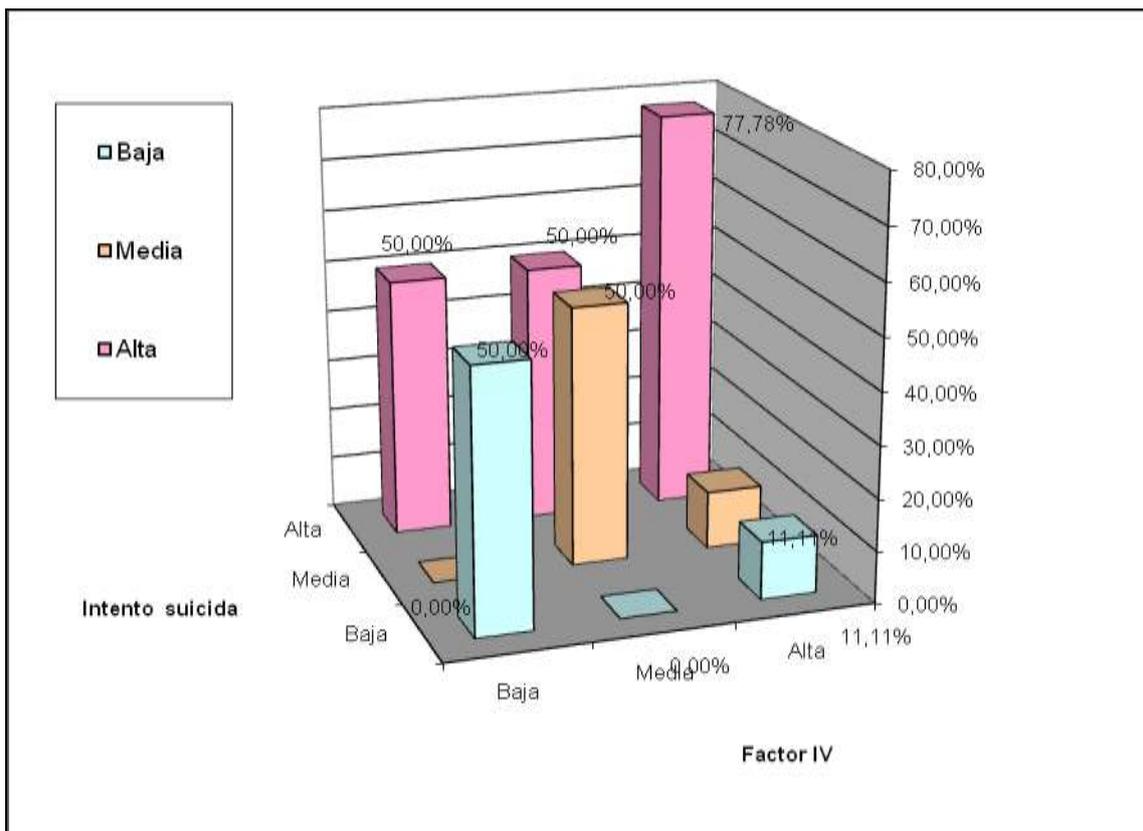
El cálculo de la prueba de Chi Cuadrado, con la corrección de Yates arroja un valor de p: 0.28 y el Coeficiente Canonical es de r:047026 lo que indica que se acepta la hipótesis nula, es decir que no hay relación entre las variables y que el grado de influencia o intensidad es bajo.

Si bien las investigaciones no muestran mayor relación entre las variables de la presente Tabla, es dable considerar el hecho que mayoritariamente los estudiantes manifiestan que el suicidio es una buena vía de escape y en algunos casos la única para salir de los momentos críticos; el intento de

suicidio estará siempre latente en espera de un desencadenante para llevarlo a cabo. Estas opiniones por lo general están presentes en los intentadores recurrentes.

**GRAFICO 19.**

**INFLUENCIA DEL FACTOR IV (EL PROPIO SUICIDIO) EN EL INTENTO SUICIDA**



**Fuente:** Elaboración Personal

**TABLA 22.**  
**INFLUENCIA DE LA AFECTIVIDAD EN LA IDEACIÓN SUICIDA**

AFECTIVIDAD	Ideación suicida							
	Baja		Media		Alta		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baja	0	0.00%	0	0.00%	1	5.26%	1	3.85%
Media	0	0.00%	4	66.67%	5	26.32%	9	34.62%
Alta	1	100.00%	2	33.33%	13	68.42%	16	61.54%
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100.00%</b>	<b>6</b>	<b>100.00%</b>	<b>19</b>	<b>100.00%</b>	<b>26</b>	<b>100.00%</b>

**p: 0.035**

**r: 0.53708**

Fuente.- Elaboración personal

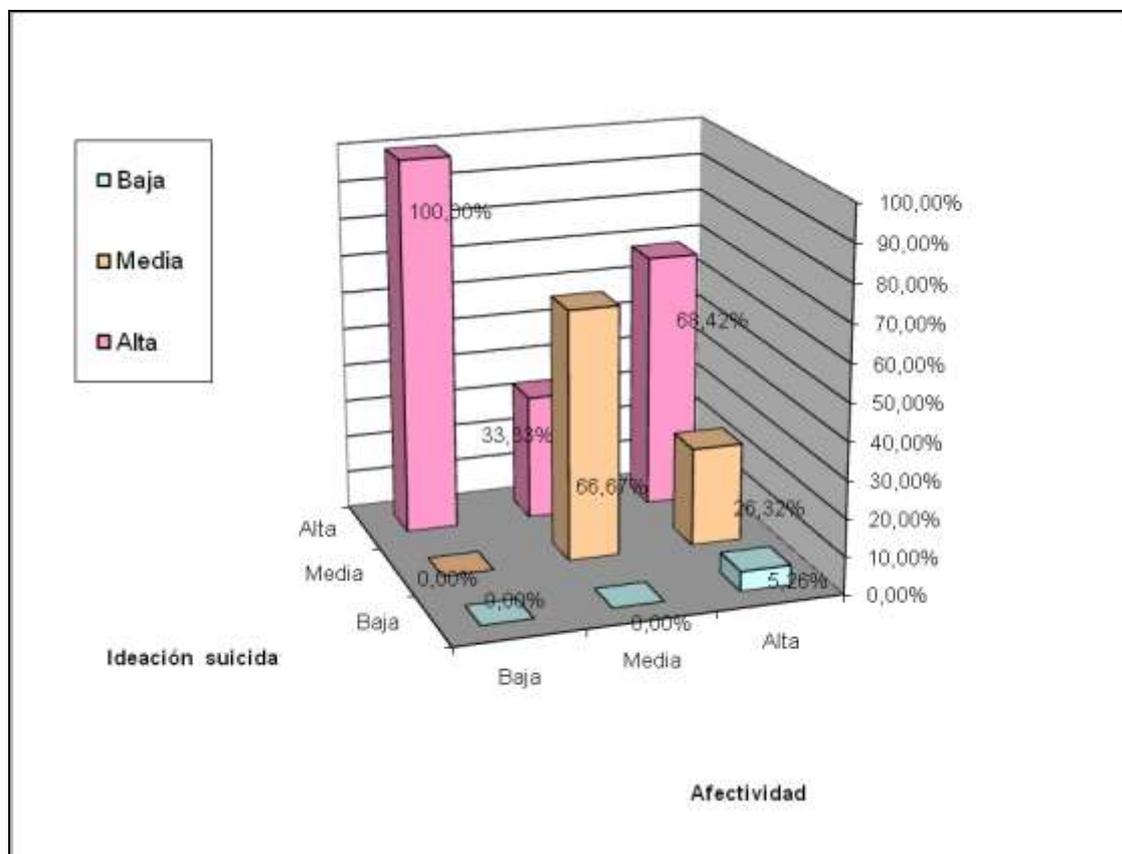
La Tabla 22 y el Gráfico 20 muestran que el componente afectividad, en su nivel alto, influye mayoritariamente en ideación suicida alta presentando 13 casos que representan el 68,42% de este nivel.

El cálculo de la prueba de Chi Cuadrado, con la corrección de Yates arroja un valor de  $p: 0.035$  y el Coeficiente Canonical es de  $r:0.53708$  lo cual indica que se acepta la hipótesis alternativa, es decir que hay relación entre las variables y que su grado de influencia o intensidad es regular.

La mayoría de estudiantes en investigación son consientes que el suicidio en muchas personas es producto del dolor, la desesperanza, la depresión, la baja autoestima, etc., que condicionan internamente a la persona a tener actitudes favorables hacia el suicidio; además hay que considerar que el componente afectivo o emocional es el más fuerte en la formación de las actitudes razón por la cual es prioritario tener en cuenta los sentimientos de los adolescentes en los causales de conductas suicidas.

GRAFICO 20.

INFLUENCIA DE LA AFECTIVIDAD EN LA IDEACIÓN SUICIDA



Fuente: Elaboración Personal

**TABLA 23.**  
**INFLUENCIA DE LA AFECTIVIDAD EN EL INTENTO SUICIDA**

AFECTIVIDAD	Intento suicida							
	Baja		Media		Alta		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baja	1	50.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	7.69%
Media	1	50.00%	1	33.33%	0	0.00%	2	15.38%
Alta	0	0.00%	2	66.67%	8	100.00%	10	76.92%
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100.00%</b>	<b>3</b>	<b>100.00%</b>	<b>8</b>	<b>100.00%</b>	<b>13</b>	<b>100.00%</b>

**p: 0.024**

**r: 0.54912**

Fuente.- Elaboración personal

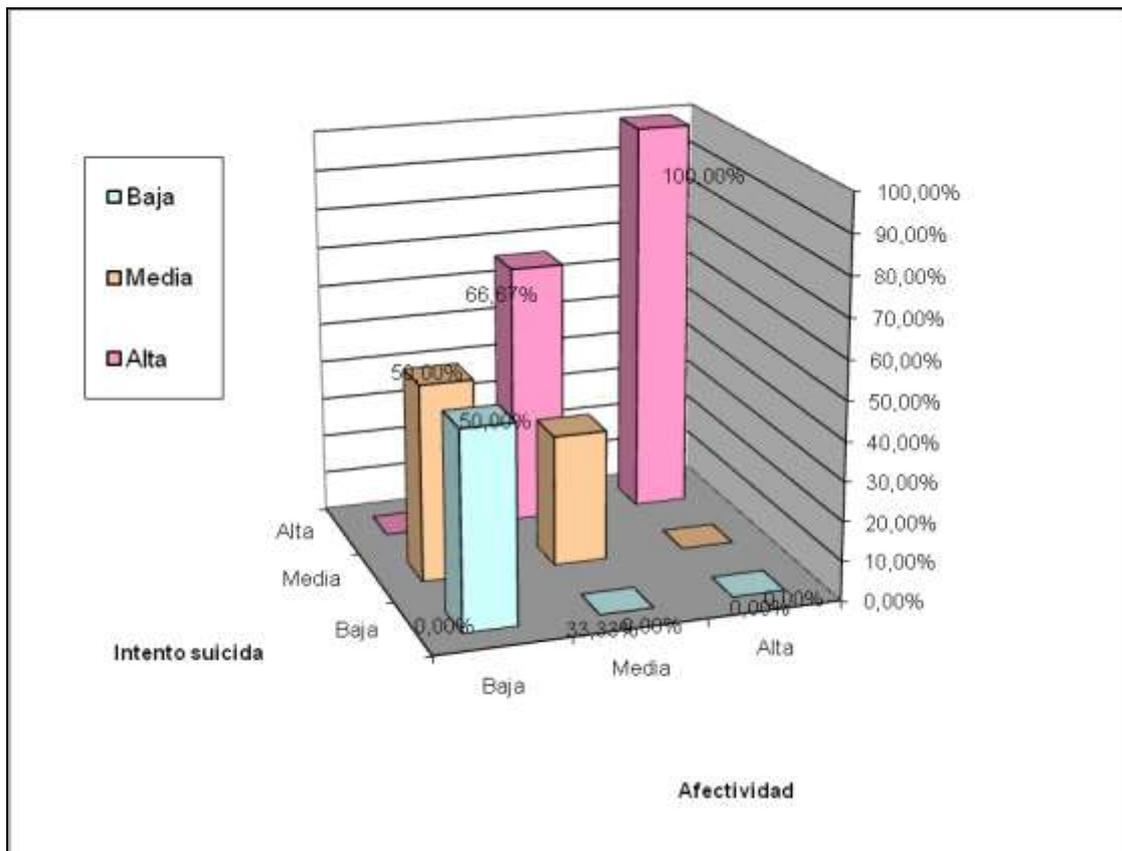
La Tabla 23 muestra que el componente afectividad, en su nivel alto, también influye mayoritariamente en intentos suicidas altos presentando 8 casos que representan el 100% de este nivel.

El cálculo de la prueba de Chi Cuadrado, con la corrección de Yates arroja un valor de  $p:0.024$  y el Coeficiente Canónico es de  $r:0.54912$  lo cual indica que se acepta la hipótesis alternativa, es decir que hay relación entre las variables y su influencia o intensidad es regular.

De forma similar a la interpretación de la Tabla anterior, se debe indicar que es muy necesario tomar en cuenta las manifestaciones emocionales o sentimientos de los estudiantes respecto a su posición frente al suicidio, y conociendo que esta orientación es positiva resulta importante considerar este aspecto como medida preventiva.

GRAFICO 21.

INFLUENCIA DE LA AFECTIVIDAD EN EL INTENTO SUICIDA



Fuente: Elaboración Personal

## 7. DISCUSIÓN



Se realizó un estudio con la finalidad de determinar la influencia de ciertas actitudes en la conducta suicida en los estudiantes de la Universidad Nacional “Jorge Basadre Grohmann” de Tacna, en un total de 26 alumnos que constituyeron el universo de personas que acudieron al Departamento Psicopedagógico de la Universidad por motivos de ideación e intentos suicidas durante el año 2008.

Tal vez se podría haber efectuado una investigación con mayor número de casos pero, en la práctica clínica se observa que resulta muy difícil captar testimonios de este tipo por cuanto el tema suicidio aún es motivo de muchas suspicacias y persisten prejuicios individuales y familiares. Ante esta evidencia, se buscó en archivos de años anteriores a estudiantes con estas características, varios de los cuales fueron ubicados y se pudo observar que persistían en ellos ideas suicidas recurrentes y pensaban repetir intentos suicidas, siendo considerados dentro de la investigación. Considero que el número de casos estudiados es bastante representativo para un medio pequeño como es el Departamento de Tacna y en donde el registro de intentos de suicidio es mínimo a pesar que se efectúan en cantidad alarmante pero lamentablemente no son reportados.

Debo de mencionar que no existen estudios similares en nuestro medio. Los resultados obtenidos son posibles relacionarlos con la investigación efectuada por Renán García Falcón<sup>1</sup> en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-México sobre análisis de variables

---

<sup>1</sup> FALCONI GARCIA, Renán.(2005) “*Análisis de variables predictoras de suicidio en adolescentes*”. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-México. Pág. 36.

predictoras de suicidio en 14 a 18 años, para lo cual se usó un análisis de trayectoria que establecía como variable criterio al intento suicida y como variables predictoras a la ansiedad, la depresión, actitudes hacia el suicidio, ideación suicida y el motivo para el suicidio. Se encontró que las actitudes hacia el suicidio era un predictor indirecto del intento suicida. También sería conveniente comparar los estudios con los efectuados por Nicolás Núñez Gómez<sup>2</sup> sobre abordaje integral de la problemática del suicidio en el Departamento del Huila-Colombia en donde se investigaron las actitudes hacia el suicidio y el riesgo de suicidio en adolescentes en una muestra de 186 jóvenes comprendidos entre 20 a 24 años, lográndose concluir que las actitudes hacia el suicidio son importantes factores a considerar como riesgo de conducta suicida.

La Tabla 01 y el Gráfico 01 muestran que el promedio de edad para ambos sexos de los estudiantes fue 21.31 años y el grupo etario más frecuente en estudiantes varones fue de 21 a 24 años, en mujeres fue de 17 a 20 años.

La investigación nos demuestra que los factores edad y sexo no influyen en la conducta suicida, pero si se puede aseverar que esta se ha ido incrementando notoriamente en los jóvenes en la última década, tal es así que los reportes efectuados por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2008) señalan que un 31.5% de los suicidios consumados son de personas comprendidas entre los 18 y 25

---

<sup>2</sup> NUÑEZ GÓMEZ, Nicolás.(2002) *“Abordaje integral de la problemática del suicidio”*. Universidad del Huila. Colombia. Pág. 38.

años mientras que los menores de 18 años alcanzan el 14.5% del total de suicidios. Los varones consuman el suicidio en una proporción 3/1 de las mujeres pero ellas lo intentan en una proporción 4/1 de los varones.

La Tabla 02 y el Gráfico 02 muestran que las relaciones interpersonales de los estudiantes con sus compañeros y familiares son de niveles bajos, en tanto que con sus profesores son regulares. Se puede generalizar que es característica observable que los jóvenes con tendencia a conducta suicida tengan deficiencias en sus relaciones humanas y casi siempre se aíslan, se tornan temerosos, desconfiados, agresivos y prefieren actuar en forma individual manifestando sus problemas e intenciones sólo a gente muy allegada a ellos. José Buendía y Antonio Riquelme<sup>3</sup> en el libro “El suicidio en Adolescentes” señalan que los adolescentes con tentativas de suicidio parecen tener mecanismos de afrontamiento más pobres, estar inmersos en un ambiente más estresante, y dar respuestas más primarias ante eventos estresantes, subrayando la importancia de las rupturas recientes con amigos y amigas íntimas y los conflictos interpersonales como precipitantes del suicidio en adolescentes. Thompson<sup>4</sup> encuentra como principales estresores precipitantes del suicidio en adolescentes la ruptura de relaciones y las disputas familiares.

---

<sup>3</sup> BUENDIA, José y RIQUELME, Antonio.(2004) *“El suicidio en adolescentes”*. Universidad de Murcia. España. Pág.30.

<sup>4</sup> THOMPSON, T. R. (1998) *“Suicidio en niños y adolescentes”* Cananian Journal of Psychiatry. Pág 264.

La Tabla 03 y el Gráfico 03 muestran que existen rasgos de trastornos psicológicos en los estudiantes con presencia significativa de depresión, baja autoestima, problemas de aprendizaje, bajo control emocional, ansiedad, rasgos agresivos/impulsivos, de obsesión/compulsión, y de neuroticismo/psicoticismo. La depresión considerada como el mal del presente siglo e innegable que influye en la conducta suicida de los estudiantes presentándose en niveles altos y actuando muchas veces como determinante de la actitud suicida. Sin embargo, algunos autores como Beck<sup>5</sup> identifican la desesperanza acompañada con la baja autoestima como un importante predictor de la conducta suicida. En muchos casos, señala, la desesperanza ha probado ser mejor predictor del intento suicida que la depresión y se cree que media entre la depresión y la conducta suicida. Además, diferentes evidencias apoyan la hipótesis de que la desesperanza lleva a un sentimiento general de desesperación y de falta de intención de vivir y es una variable clave en la evaluación de los adolescentes suicidas.

La Tabla 04 y el Gráfico 04 muestran una incidencia prioritaria de nivel alto en los cuatro factores del conocimiento actitudinal de los estudiantes (legitimación del suicidio, suicidio en enfermos terminales, dimensión moral del suicidio y el propio suicidio). La mayoría de estudiantes expresan una firme convicción de que el suicidio es determinación propia de los individuos, que no atenta contra la moral, que

---

<sup>5</sup> BECK, A.T.(1998) *“Depresión: aspectos clínicos, experimentales y teóricos”*. Nueva York:Harper&Roy. Pág. 343.

no tiene porqué prohibírsele y que por lo tanto puede ser considerada dentro de las decisiones personales del sujeto. El autor Quirilio Matos Batista<sup>6</sup> en su obra “Suicidio” hace una referencia extraordinaria sobre el conocimiento actitudinal respecto al suicidio; señala que el problema en la valoración ética es distinguir con cuidado que al tratar el suicidio los argumentos aducidos en favor y en contra, estos permanecen a menudo abstractos e incompletos si no se amplían con los conocimientos de las dimensiones patológicas y trágicas del mismo, puesto que la responsabilidad de sujeto es relativa a su efectiva libertad. M. Clemente<sup>7</sup> (7), considera que el suicidio se puede considerar una trasgresión culpable en la medida en que es rebeldía voluntaria y negación arbitraria del sentido que es fundamento de la libertad humana; si es posible que aún cuando la muerte sea una desgracia, el seguir viviendo en algunas situaciones inhumanas sea una desgracia mayor. De hecho, el problema actual del llamado suicidio asistido, plantea la disyuntiva real sobre el derecho a vivir y el derecho a morir. Los avances científicos pueden mantener la vida humana, incluso en condiciones de sufrimiento extremo; y ello nos mueve a hablar cada vez más del derecho a morir en paz; sin que esto signifique que se cuestione el valor de la persona moribunda, sino más bien a discutir si para ella es un verdadero valor seguir viviendo así.

La Tabla 05 y el Gráfico 05 muestran un nivel alto del componente afectivo de las actitudes hacia el suicidio, es decir que las

---

<sup>6</sup> MATOS BATISTA, Quirilio.(2002) “*Suicidio*”. Edit. Científico-Técnica. La Habana. Pág.127

<sup>7</sup> CLEMENTE, M. y GONZALES A. (1998) “*Suicidio*” Madrid: Biblioteca Nueva.Pág. 214.

ideas, opiniones y sobretodo sentimientos respecto a la conducta suicida es positiva en los estudiantes. Estos aspectos actúan indirectamente como predictores de riesgo de suicidio y son reforzadores permanentes de ideación suicida recurrente y de posibles intentos de suicidio en situaciones de extrema desesperanza.

Se puede observar que las actitudes básicas hacia el suicidio mostradas por los estudiantes indican que sus tres componentes: comportamiento, conocimiento y afectividad tienen índices altos de orientación negativa con presencia de problemas en las relaciones interpersonales, rasgos de trastornos psicológicos, creencias y sentimientos favorables hacia el suicidio.

La Tabla 06 y el Gráfico 06 muestran manifestaciones de los estudiantes de de bajos deseos de vivir y altos deseos de morir, la dimensión temporal duración es continua (crónica), o casi continua, la dimensión temporal frecuencia es persistente o continua y la actitud hacia el pensamiento/deseo suicida es de plena aceptación. El concepto de ideación suicida es muy amplio ya que alude a cogniciones cuyo contenido puede ser considerablemente variado. Puede referirse desde a pensamientos fugaces sobre que la vida no merece la pena vivirse, pasando por intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas, hasta a planes muy explícitos y meditados para matarse. Goldney<sup>8</sup>. No obstante,

---

<sup>8</sup> GOLDNEY,R.D.(1997) “*Depresión e ideación suicida en jóvenes adultos*” Acta Psychiatrica Scandinavica. Pág. 481.

señala Beck<sup>9</sup>, lo habitual es encontrar definiciones que acotan este concepto en torno a los pensamientos persistentes de suicidarse. Se ha defendido que la ideación suicida no debería aplicarse al deseo de muerte sino sólo a aquellos casos en los que existe la idea de acabar con la vida propia por uno mismo. La delimitación de este concepto es necesaria ya que una inadecuada o generalista acepción puede llegar a conclusiones arriesgadas sobre la prevalencia, incidencia y causas de la ideación suicida. En cuanto a tasas de ideación suicida, los estudios demuestran que no hay datos oficiales y éstos se han obtenido de investigaciones con muestras relativamente reducidas.

La Tabla 07 y el Gráfico 07 muestran que los estudiantes intentadores de suicidio han proyectado el método: especificación/planes para efectuar el intento con detalles bien especificados o formulados, la sensación de capacidad para llevar a cabo el intento ha sido con seguridad y las razones del proyecto de intento han sido de escapar, acabar, resolver problemas; se efectuaron preparativos finales tratando de hacer planes definitivos, trataron de encubrir, engañar o mentir respecto al intento y dejaron notas/cartas completas o casi completas. En la explicación del intento de suicidio el aspecto más clave está en el problema del conocimiento de la intencionalidad. Los motivos que impulsan al individuo a intentar suicidarse resultan bastante

---

<sup>9</sup> BECK A.T. STEER.R.A. (1998) “ *Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation*”. American Journal of Psychiatry. Page 559-563.

complejos. Por ejemplo, además del deseo de morir, se han descrito las siguientes intencionalidades conscientes: chantaje (obtener de los otros algo que no se ha podido obtener por otros medios); demandar atención ante una situación vivida como desesperada; escapar ante un peligro o amenaza real o irreal, presente o futura, física o social), agredir psicológica y vengativamente a otros con la responsabilidad de la propia muerte, etc. Morón<sup>10</sup>. En cuanto a las tasas de intento de suicidio, éstas son mucho mayores que las de suicidio consumado en todos los grupos de edad (10 a más intentos por suicidio consumado). En lo que se refiere al sexo, al contrario que en el suicidio consumado, se ha encontrado en la mayoría de estudios que las tentativas de suicidio son más frecuentes entre chicas que entre chicos, en proporciones que oscilan entre 3/1.

*La conducta suicida en los estudiantes se caracteriza por presencia de ideación o pensamiento suicida en forma duradera y recurrente lo cual constituye un alto factor de riesgo.*

La Tabla 08 muestra que los valores de la prueba de Chi cuadrado que contrastan la hipótesis de investigación, son significativos ( $p \leq 0.05$ ), nos informa que existe influencia de las actitudes de los estudiantes en la conducta suicida. La intensidad de la relación o influencia es de BUENA (R: 0.6363) y su orientación es positiva y directa. La totalidad de la varianza del modelo matemático es explicada por la variable dependiente, demostrando que la influencia de la variable actitud modifica en la

---

<sup>10</sup> MORON, P.(2001) “*Suicidio*”. Buenos Aires: Abaco.Pág. 48.

totalidad a la variable dependiente. La cantidad de variación es del 40%. Estos datos contrastan con los estudios efectuados por Renán García Falconí en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, -México; sobre predictores de intento suicida en adolescentes encontrando que las actitudes hacia el suicidio eran sólo predictores indirectos.

La Tabla 8-A muestra la influencia (intensidad y dirección) de los componentes (indicadores) de la variable actitudes, sobre el comportamiento de la variable conducta suicida. La influencia del componente comportamental o el modo de actuar del suicidista sobre la conducta suicida es de BUENA intensidad y directa ( $r: -0.5725$ ) y explica el 32.78% del 40.49% de la influencia sobre la conducta suicida. El componente conocimiento expresa una influencia lineal directa y de sentido positivo de baja intensidad. Aporta con el 8.60% de influencia, para explicar la conducta suicida. El componente afectividad, tiene una influencia de BAJA intensidad positiva y directa, aportando al conocimiento de la conducta suicida con sólo 3.44%. Estos resultados son similares a los encontrados por Nicolás Nuñez Gómez en su investigación efectuada sobre el “Abordaje integral de la problemática del Suicidio en el Huila” Colombia., en donde demuestra que el componente comportamental de las actitudes es el que más influye (65%) en la conducta suicida de adolescentes.

La Tabla 09 indica que el valor estadístico del Chi cuadrado nos informa que existe influencia de los indicadores de los componentes

actitudinales sobre la variable conducta suicida ( $p \leq 0.05$ ). La intensidad de esta influencia es MUY FUERTE ( $R: 0.7161$ ), siendo esta directa y positiva. El 51.27% de la conducta suicida es explicada por la interacción de estos indicadores. La totalidad de la varianza (100%) del modelo matemático es explicada por la variable dependiente, demostrando que la influencia de la variable actitud modifica en la totalidad a la variable dependiente. La cantidad de variación es del 51.27% siendo un valor aceptable y adecuado. Estos resultados sobre la intensidad de influencia de las actitudes en la conducta suicida también contrastan con los resultados citados de Renán García Falconí.

Las Tablas 10 y 11 y los Gráficos 08 y 09 muestran que las relaciones interpersonales bajas de los estudiantes inciden prioritariamente en ideación e intento suicida alto. El cálculo de la prueba de Chi cuadrado, con la corrección de Yates, arroja valores de  $p: 0.431$  para la relación entre relaciones interpersonales e ideación suicida y de  $p: 0.310$  para la relación entre relaciones interpersonales e intento suicida los cuales indican que se aceptan las hipótesis nulas y no hay relación entre las variables. El Coeficiente Canonical para la relación entre relaciones interpersonales e ideación suicida es  $r:= 0.35707$  y para la relación entre relaciones interpersonales e intento suicida es de  $r = 0.48397$  lo que indica que el grado de influencia o intensidad es bajo en ambas relaciones. Existe un acuerdo generalizado sobre la importancia de los problemas académicos y

familiares respecto al suicidio en los adolescentes. Entre los problemas académicos asociados al suicidio, la mala relación con los compañeros y profesores, la presión académica y la insatisfacción con el rendimiento alcanzado parecen mostrar una especial relevancia según los autores; es así que muchos estudiantes con poca tolerancia no soportan este tipo de conflictos y frustraciones. Algunos autores psicopedagogos como Dukes y Lorch<sup>11</sup> señalan la actividad académica como un factor de riesgo cuando aparecen problemas estudiantiles, como un factor de protección cuando existe satisfacción con los estudios o como un factor de protección cuando existe satisfacción con los estudios o como un factor precipitante cuando se produce el fracaso académico. Entre los problemas familiares que contribuyen al suicidio en adolescentes los dos autores resaltan la mala comunicación, conflictos con los padres, alienación del adolescente con respecto a la familia, falta de amor, rupturas familiares y la psicopatología de los padres.

Las Tablas 12 y 13 y los Gráficos 10 y 11 muestran que los estudiantes con alto nivel de rasgos de trastornos psicológicos también presentan altos niveles de ideación y de intento suicida. El cálculo de la prueba Chi cuadrado con la corrección de Yates arroja resultados de  $p= 0.003$  para la relación entre trastornos psicológicos e ideación suicida así como para la relación entre trastornos psicológicos e intento suicida, lo cual indica que se aceptan las hipótesis alternativas y que hay alta

---

<sup>11</sup> DUKES R.L. y LORCH B.D. (1997)“*The effects of family, self concept and deviant behavior on adolescent suicide ideation*”. Journal of Adolescence. Page 239

relación entre las variables. El Coeficiente Canonical es de  $r:0.70027$  para la relación entre trastornos psicológicos e ideación suicida y de  $r:0.73143$  para la relación entre trastornos psicológicos e intento suicida los cuales indican que el grado de influencia o intensidad es muy bueno o fuerte en ambas relaciones. Entre los trastornos psicológicos la depresión es el factor de riesgo más común en conductas suicidas en jóvenes pero hay que tener en cuenta que la relación entre depresión y conductas suicidas es muy compleja y existe discrepancia en los autores respecto a su influencia. Según Ryan<sup>12</sup>, algunos aspectos como la cronicidad del trastorno del estado de ánimo y la presencia de una “doble depresión” (es decir la superposición de una depresión mayor sobre una distimia ya existente) han resultado estar significativamente asociados con la conducta suicida en adolescentes. Asimismo, encontró que estudiantes con historial de conducta suicida, que se sentían significativamente más deprimidos, desesperanzados y pesimistas tenían más pensamientos suicidas y /o menos autoestima que otros estudiantes que no tenían historial suicida.

Las Tablas 14 al 21 y los Gráficos 12 al 19 muestran que los cuatro Factores del componente conocimiento de las actitudes de los estudiantes (legitimación del suicidio, suicidio en enfermos terminales, dimensión moral del suicidio y el propio suicido), en su nivel alto, inciden prioritariamente en la ideación e intento suicida alto. Las Pruebas de Chi Cuadrado para las relaciones entre cada uno de los Factores (I,II,III y IV)

---

<sup>12</sup> RYAN N.D. (1999)“The Clinical picture of mayor depression in children and adolescents”. Archives of General Psychiatry. Page 854-859

tanto con ideación suicida como con intento suicida son  $p > 0.05$  lo que indica que se aceptan las hipótesis nulas y no hay relaciones entre las variables.

Asimismo, los Coeficientes Canonicos en las relaciones de los cuatro Factores tanto con ideación suicida como con intento suicida han tenido una influencia o intensidad baja. José A. Ruiz Hernández, Juana M. Navarro-Ruiz, Ginesa Torrente Hernández y Angel Rodríguez Gonzales construyeron el Cuestionario CCCS-18<sup>13</sup> de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida y que se aplicó en la presente investigación para determinar el nivel del componente conocimiento de las actitudes de los estudiantes hacia el suicidio. Los autores aplicaron el cuestionario a 219 estudiantes universitarios de la Universidad de Murcia observando, respecto a la relación del CCCS-18 y sus factores con las variables de comportamiento suicida, que los jóvenes con pensamientos suicidas tienen actitudes más favorables hacia la conducta suicida en general y hacia el propio suicidio que aquellos que no tienen ideación suicida. Respecto a la tentativa de suicidio se observan diferencias únicamente en el cuarto factor, lo cual es coherente con el contenido del mencionado factor. No obstante, el pequeño tamaño muestral hace necesario tomar con cautela estos resultados, siendo conveniente estudiar el comportamiento del CCCS-18 con mayor número de sujetos. Finalmente, se observa que los jóvenes que informan de mayor disposición a suicidarse

---

<sup>13</sup> RUIZ HERNÁNDEZ J.A., NAVARRO RUIZ J. M. y otros.(2005) “*Cuestionario de creencias sobre el comportamiento suicida*”*CCCS-18*.Universidad de Murcia-España.

en el futuro presentan puntuaciones significativamente superiores tanto en la escala final como en los cuatro factores, mostrando, pues, una actitud general más favorable hacia el comportamiento suicida.

Las Tablas 22 y 23 y los Gráficos 20 y 21 muestran que el componente afectividad, en su nivel alto, influye mayoritariamente en ideación e intento suicida alto. Los datos estadísticos de Chi cuadrado corregido de Yates indican que existe una relación directa y significativa entre los indicadores afectividad e ideación suicida ( $p= 0.035$ ) y entre los indicadores afectividad e intento suicida ( $p= 0.024$ ). El Coeficiente Canonical para la relación entre afectividad e ideación suicida es de  $r = 0.53708$  y para la relación entre afectividad e intento suicida es de  $r:0.54912$  los cuales indican que el grado de influencia o intensidad es regular en ambas relaciones. El componente afectividad está relacionado con los sentimientos y emociones de los estudiantes respecto al suicidio y como se observa en la presente investigación la orientación de este componente es favorable hacia la conducta suicida. Esta apreciación conjuntamente con la de otros autores que han estudiado a profundidad este factor de la estructura actitudinal ha llevado a preguntarnos sobre el porqué de la motivación de los estudiantes para aseverar contundentemente que el suicidio puede ser una decisión aceptable o normal en circunstancias críticas, y que en vez de prohibírsele se le debe apoyar en algunos casos como en la eutanasia. J. Buendía<sup>14</sup> señala que la

---

<sup>14</sup> BUENDIA J., RIQUELME A., RUIZ.J.A.(2004) Ob. Cit. Pág. 28.

ideación e intento suicida en los adolescentes con frecuencia se ha asociado con la adolescencia atribuyéndose a la impulsividad, a la falta de habilidades para resolver problemas, a la encrucijada que suele suponer esta etapa de vida, etc.; pero son múltiples motivos que subyacen a las ideas y tentativas suicidas, que incluso sugieren la presencia de subtipos de intentos de suicidio, habiendo interés por la exploración y clasificación de esta vertiente del fenómeno suicida.

*Los resultados demuestran que existe una alta influencia de la variable actitudes sobre la conducta suicida en los estudiantes, siendo muy significativa la relación e intensidad del componente comportamiento.*

## CONCLUSIONES

**Primera:** Las actitudes básicas hacia el suicidio mostradas por los estudiantes son las siguientes:

Componente comportamental: relaciones interpersonales bajas con los compañeros y familiares, medianas con los profesores; niveles altos de rasgos de trastornos psicológicos.

Componente cognoscitivo: incidencia de niveles altos en los cuatro factores del conocimiento actitudinal aceptando al suicidio como posibilidad u alternativa de decisión.

Componente afectivo: nivel alto de sentimientos favorables hacia la alternativa de suicidio.

**Segunda:** La conducta suicida en los estudiantes se presenta de la forma siguiente:

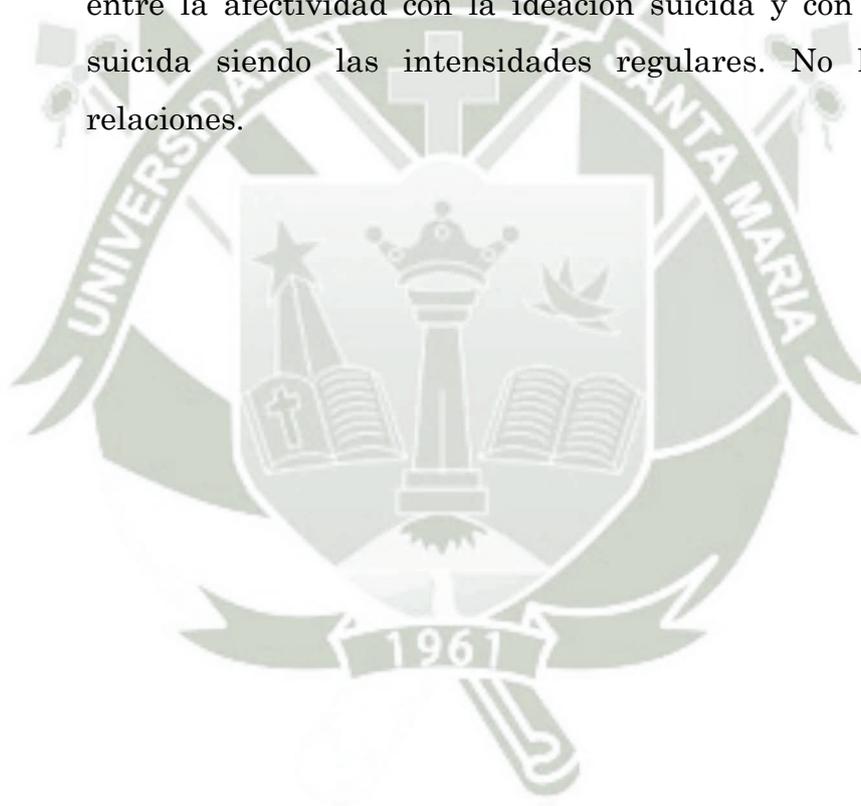
Ideación suicida: nivel alto. Actitud negativa hacia la vida y favorable hacia la ideación/deseo suicida; pensamientos suicidas duraderos y recurrentes .

Intento suicida: altos niveles en cuanto al método, sensación de capacidad y razones del proyecto de intento así como de los preparativos finales para realizarlo.

**Tercera:** La variable actitudes de los estudiantes tiene influencia sobre la variable conducta suicida, siendo de alta o significativa su intensidad y explica el 40.49% de las causas.

**Cuarta:** La influencia de los indicadores (componentes) de las actitudes sobre la conducta suicida en los estudiantes universitarios fue: el comportamiento tuvo una intensidad buena; el conocimiento y la afectividad tuvieron una influencia lineal, directa y de intensidad débil o baja.

**Quinta:** La relación e intensidad entre los subindicadores de las variables actitudes y conducta suicida fue: existió relación entre el subindicador rasgos de trastornos psicológicos con la ideación suicida y con el intento suicida siendo las intensidades muy buenas o fuertes; y también hubo relación entre la afectividad con la ideación suicida y con el intento suicida siendo las intensidades regulares. No hubo más relaciones.



## RECOMENDACIONES

**Primera:** Es necesario abordar el tema del suicidio de una manera Integral partiendo del análisis de la interrogante ¿porqué se suicidan los jóvenes? y comprender que para enfrentar este complejo problema debemos primero pensar en nuestra sociedad y en los necesarios cambios profundos en su organización y funcionamiento para mejorar el tratamiento de los jóvenes y prevenir los factores de riesgo que generen conductas autodestructivas en ellos;

**Segunda:** Es importante realizar estudios sobre la naturaleza básica del suicidio, comprender que la conducta suicida está determinada por un conjunto de motivaciones complejas, entre ellas la pobreza, la desesperanza, la pérdida de seres queridos, las rupturas sentimentales, violencia familiar, problemas académicos, etc. Además, si las investigaciones nos demuestran que los jóvenes, en sus momentos críticos, optan por tentativas suicidas no sólo por actos impulsivos sino también por actitudes positivas hacia este fenómeno es necesario promover los debidos cambios actitudinales a través de intervenciones multidisciplinarias, incluyendo la familia, y la facilitación de medios sociales, económicos, culturales que

permitan a la juventud tener mayores oportunidades de solución a sus problemas y brindarles el afecto y comprensión que tanto necesitan.

**Tercera:** Debemos promover en los adolescentes la adopción de mejoras formas de vivir que les generen salud, a partir de que en su comportamiento esté presente el componente de la búsqueda activa, es decir, una actividad orientada a cambiar la situación o la actitud cuando se presentan problemas en la consecución de las metas o propósitos que se tracen.

**Cuarta:** En nuestra sociedad, el apoyo fuerte y extenso para una iniciativa de salud pública se constituye en su mayor oportunidad para alcanzar el éxito. Si el público en general entiende que el suicidio y las conductas suicidas pueden prevenirse, y las personas se hacen conscientes de los papeles individuales y grupales que pueden jugar en la prevención del fenómeno, la proporción de suicidios se puede reducir. Esto implica aumentar el grado de cooperación y colaboración entre la ciudadanía y las entidades privadas que tengan un compromiso de conocimiento público del suicidio y su prevención mediante el desarrollo de campañas de educación pública, conferencias nacionales sobre el suicidio y su

prevención, organización especial de foros acerca del problema y diseminación de la información a través de diversos medios de comunicación.

**Quinta:** Implementar el entrenamiento para el reconocimiento de conductas de riesgo y procedimientos de tratamiento eficaces. A pesar del reconocimiento del suicidio como un problema de salud pública, las deficiencias permanecen en los programas de entrenamiento para los profesionales de salud y otros que a menudo entran en contacto con este tipo de pacientes, resaltando la necesidad de técnicas especializadas de valoración y tratamiento de acercamiento que permitan el reconocimiento de factores de riesgo.

**Sexta:** Desarrollar y promover prácticas clínicas y profesionales eficaces. Una manera de prevenir el suicidio es identificar a los individuos con riesgo y vincularlos a tratamientos que sean eficaces en la reducción de los factores personales y circunstanciales asociados con conductas suicidas (humor deprimido, desesperación, impotencia, baja autoestima, alcoholismo y uso de drogas, entre otros.) Otra manera de prevenir el suicidio es promover y apoyar la presencia de factores protectores, como aprender habilidades para resolver

problemas, resolución de conflictos y manejo no violento de disputas; mejorando prácticas clínicas en la valoración, dirección, tratamiento para los individuos en riesgo de suicidio e identificación de las oportunidades para prevenir la actuación de los individuos en medio de su desesperación y dolor.



## PROPUESTA

Como propuesta de mi trabajo de investigación presento: A) Una guía de entrevista clínica diagnóstica para pacientes con riesgo o intento suicida y B) Algunos aportes para la elaboración de un programa regional de salud pública de prevención del suicidio.

### **A. GUÍA DE ENTREVISTA CLÍNICA DIAGNÓSTICA PARA PACIENTES CON RIEGO O INTENTO SUICIDA**

Este instrumento de diagnóstico suicidológico ha sido elaborado en base a la revisión y adaptación de la guía de entrevista clínica para pacientes con riesgo suicida del Dr. Wilfredo Guibert Reyes (1999).

#### **I. Interacción inicial**

- ❖ Saludar al paciente, preguntarle cómo se siente y comunicarle que nos sentimos bien y con deseo de ayudarlo. El estilo de esta entrevista debe ser empático y directivo, con postura abierta cal terapeuta.
- ❖ Interrogatorio sobre datos generales de la persona: Nombre y apellidos, edad, estado civil, nivel de escolaridad, profesión u oficio, situación económica (fuentes de entradas y ayudas económicas que recibe).
- ❖ Observar las características del paciente como estado general, arreglo personal, cómo se sienta, expresión de la cara, gesticulación y detalles de interés del lenguaje extraverbal del sujeto).

#### **II. Delimitación inicial del motivo de consulta.**

- ❖ En la actualidad, ¿tiene usted alguna preocupación o problema que los esté molestando, inquietando o preocupando? (mencionar áreas principales de vida como familiar, laboral, matrimoniales, íntimo personal, etc.).

- ❖ De todos los problemas que me ha contado, ¿cuáles considera que son los más importantes? (el entrevistador debe confeccionar lista de problemas por orden de prioridad para el paciente).
- ❖ Por qué usted piensa que tiene estos problemas? (centrar la respuesta del paciente en los tres primeros que mencionó y sólo analizar hasta un cuarto, si la persona insiste por ser muy importante para ella).
- ❖ ¿Por qué está pensando en suicidarse? o ¿por qué realizó este intento suicida?
- ❖ ¿Qué clase de cosas es la que empeora sus pensamientos en la dirección de suicidarse?
- ❖ ¿Piensa lograr algo con esta conducta? (no interrumpir la respuesta, esperar ante el silencio e insistir por las respuestas)

### III: Análisis de la conducta suicida.

- ❖ ¿Cuándo comenzó a pensar en suicidarse? (precisión aproximadamente en días, semanas y meses).
- ❖ ¿Dónde estaba cuando pensó por primera vez en el suicidio? ¿Qué pasó ese día o en esos días?
- ❖ ¿Cuándo le ocurrió este problema por primera vez? ¿Cuándo se lo contó a alguien o buscó ayuda profesional?
- ❖ Dígame exactamente ¿Cómo planeaba matarse?
- ❖ Sobre los planes suicidas, dígame ¿Dónde, cuándo y cómo? ¿Cómo ha sido la evolución de los pensamientos suicidas o después del intento? (detalles de las diferentes etapas, pero enfatizando en las secuencias de los últimos seis meses).
- ❖ ¿Había pensado anteriormente en esta posibilidad? ¿Cuándo fue eso? ¿Qué estaba pasando en esa época de su vida?.
- ❖ ¿A qué ha atribuido la aparición de su problema y su mantenimiento? (buscar causalidad percibida y atribuciones identificadas).
- ❖ ¿Cuándo pensaba en el suicidio contaba con alguna persona, institución o servicio que lo ayudaba a enfrentar sus problemas?

- ❖ ¿Cuándo tiene un problema o una situación difícil, con quien o quienes puede contar? (detallar parentesco, disponibilidad y accesibilidad de estas ayudas).

#### IV. Estado actual del sujeto y su sintomatología

- ❖ ¿Cómo se siente actualmente? (esperar la respuesta del paciente y posteriormente precisar elementos que aparecen a continuación:
  - ¿Le cuesta trabajo hacer las cosas?
  - ¿Siente que no tiene mucha energía?
  - ¿Siente que su vida está vacía?
  - ¿Se siente culpable por algo que hizo o dejó de hacer?
  - ¿Considera que sus problemas no tienen solución haga lo que haga?
  - ¿Se siente desesperado o atormentado?
  - ¿siente que en ocasiones la vida no vale la pena ser vivida?
  - ¿Se siente incapaz de resolver sus principales problemas personales?
  - ¿Qué es lo que lo hace sentirse tan mal respecto a usted mismo?
  - ¿está enojado con alguien o le guarda rencor a alguien?
  - ¿Qué piensa respecto a estar muerto? ¿Cómo reaccionarían sus familiares, sus amigos y compañeros de trabajo?
  - Narre sus principales experiencias positivas y negativas.

#### V. Antecedentes personales suicidas

- ❖ ¿Tiene algún tipo de tratamiento médico o psicológico?. Explicar.
- ❖ ¿Había pensado en el suicidio? ¿Alguna vez anterior a ésta pensó en suicidarse?
- ❖ Si ha planeado el suicidio ¿Qué tan cerca ha estado de llevarlo a cabo? Explique.
- ❖ ¿Padece de alguna enfermedad crónica invalidante?

## VI. Antecedentes familiares de suicidio o depresión

- ❖ ¿Alguien en su familia alguna vez trató de suicidarse? (averigüe el parentesco que tiene con el paciente y la fuerza de la relación con éste en la época anterior a su muerte).
- ❖ ¿Hay personas que sufren depresión en su familia? ¿Quién o quiénes?
- ❖ ¿Cómo son las relaciones afectivas entre su familia?
- ❖ ¿Cuál era la actitud de cada uno de sus padres hacia usted? (cariñosa, sobre protectora, dominante, posesiva, hostil, ansiosa, indiferente).

## VII. Factores de cambio en el paciente.

- ❖ ¿Hasta qué punto le interesa solucionar este problema?
- ❖ ¿Qué hace usted por sí mismo para solucionar sus problemas? o ¿Qué ha intentado para solucionarlos?
- ❖ ¿Qué personas cercanas a usted le han ayudado y cuáles no de las que usted esperaba ayuda?
- ❖ ¿Cuáles son sus principales objetivos para el futuro inmediato?
- ❖ ¿Qué espera conseguir con esta intervención? ¿Qué espera del tratamiento psicológico?

## VIII. Final y preparación para el seguimiento.

- ❖ Recapitular y retroalimentar la información obtenida con el paciente, precisando inexactitudes y puntos de conflicto.
- ❖ Establecer claridad en el contrato terapéutico. (El terapeuta debe negociar con el paciente su participación activa y comprometida en el proceso de solución de sus problemas y plantearle con claridad que esto puede ser motivo de abandono de la ayuda terapéutica).
- ❖ Indagar en el paciente como se siente después de haber venido a la consulta o de haber realizado la entrevista y sobre la satisfacción o no de sus expectativas con relación al encuentro.
- ❖ Indicar tareas terapéuticas para la próxima consulta (llenado de cuestionarios, autorregistros diarios, realización de actividades, etc .

- ❖ Recordar que la entrevista tiene que terminar de forma agradable y con tono afectivo positivo, al menos mejor que el del comienzo y recordar que este esquema propuesto debe ser utilizado de forma flexible, adaptándolo a cada caso.

Exigencias de esta entrevista:

- Rol activo del entrevistador (llevar la iniciativa).
- No sobreproteger al paciente, ni tenerle lástima.
- Ser agresivo en la búsqueda de la causa y alternativas de solución ante la conducta suicida.
- No aliarse a la muerte como solución
- Actitud optimista y realista ante la problemática del paciente.
- Mostrar al paciente seguridad, afecto y confianza.

## **B. Aportes para la Elaboración de un Programa Regional de Salud Pública de Prevención del Suicidio.**

A continuación presento algunos aportes que podrían ser importantes para la elaboración de un programa regional de prevención del suicidio o de un proyecto regional de salud mental para la prevención del suicidio.

### **Concepto del problema**

La determinación bio-psico-socio-cultural del suicidio, está hoy generalizada en la literatura suicidológica, algunos autores suman factores existenciales y espirituales, además de los genéticos y socio ambientales. Si bien esta compleja plurideterminación revela que éste no es un problema exclusivo del ámbito de la Salud, los estudios epidemiológicos a nivel mundial lo indican como un “grave problema de la Salud Pública” (OMS, 2000).

En nuestro país hay seguimientos de las tasas oficiales de suicidio de las últimas dos décadas que denotan estadísticamente que el suicidio es un problema en progresivo ascenso cuantitativo de consumaciones. Lo que no pueden revelar estos estudios es la evolución y distribución de intentos de suicidio y parasuicidios en género, edades, ubicación socio demográfica y geográfica, que en la actualidad constituyen la mayor fuente de consultas institucionales y privadas.

La integración de acciones entre la Salud Pública, los ámbitos Clínico y Científico, la Justicia, la Educación y las instituciones intervinientes, puede generar las intervenciones adecuadas de prevención, universales, selectivas e indicadas para paliar este problema que se viene manifestando alarmantemente en distintos sectores de la población.

A pesar de que hoy no se pueda decir por qué se dan ciertos eventos, de la manera que se dan y entre quiénes se produce, por falta de voluntad y de capacidad investigativa, se puede ir percibiendo, en aquellos sectores de la región en los que se puede intervenir, que dichas manifestaciones guardan una lógica interna en su desarrollo y en su despliegue tanto a nivel individual, grupal y comunitario como social.

### **Objetivos para la prevención**

Un Programa Regional de Prevención del Suicidio, racional y ordenado, debe establecer, jerarquizar y articular las acciones de prevención para asegurar que sean eficaces y eficientes. Los objetivos del Programa se van a desprender directamente de la conceptualización de Prevención con la que se trabaje. En este punto, el Dr. Sergio Pérez Barrero (2005) sugiere considerar:

Prevención general: acciones de apoyo o sostén psicológicos, sociales, institucionales, que contribuyen a que los ciudadanos estén en mejores

condiciones de manejar los eventos vitales psicotraumáticos y mitigar los daños que ellos pudieran ocasionar.

Prevención indirecta: pautas encaminadas a tratar los trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades físicas que pueden conducir al suicidio, las situaciones de crisis y la reducción de acceso a los métodos mediante los cuales las personas se pueden autolesionar.

Prevención directa constituida por aquellas medidas específicas que ayudan a resolver el proceso suicida

La Organización Mundial de la Salud sugiere seis medidas para prevenir el suicidio:

- Tratamiento de las enfermedades mentales
- Destoxificación del gas de los vehículos de motor
- Destoxificación del gas doméstico
- Control de la posesión de armas de fuego
- Control sobre la disponibilidad de otros métodos suicidas (venenos, sust. Tóxicas)
- Disminución de los reportes de las noticias sensacionalistas en los medios de difusión.

Entre las medidas preventivas para disminuir el comportamiento suicida están las siguientes:

- Adecuado tratamiento de personas en riesgo suicida por razones psiquiátricas
- Adecuado tratamiento de los enfermos somáticos en hospitales generales.
- Adecuado tratamiento de grupos con elevado riesgo como las personas en crisis, niños y adolescentes, estudiantes,

prisioneros, jóvenes del servicio militar, inmigrantes y personas desempleadas.

- Mejorar la salud y los servicios sociales en las municipalidades
- Mejorar la disponibilidad de acceso a la salud mental en los ámbitos escolares
- Incrementar la cooperación entre las diversas organizaciones e instituciones de la sociedad.
- Entrenamiento, instrucción y educación del médico general
- Participación de los medios de comunicación
- La investigación, principalmente estudios que usen métodos epidemiológicos.

En algunos países europeos se considera que para disminuir esta causa de muerte evitable es necesario:

- Reforzar el conocimiento público acerca de la conducta suicida.
- Brindar apoyo y tratamiento a personas en riesgo suicida.
- Cuidar la salud de los trabajadores.
- Implementar Programas de entrenamiento en la prevención del suicidio.
- Contar con expertos en la prevención del suicidio a nivel nacional.
- Crear un banco de datos e implementar sistemas de regulación.
- Otras medidas de este programa están basadas en la toma de conciencia de la importancia del suicidio como causa de muerte.
- Proveer soporte social y médico a personas en situaciones de crisis y a grupos vulnerables .
- Educar a niños y jóvenes en el manejo de situaciones conflictivas a lo largo de sus vidas.
- Combatir el alcoholismo y la drogodependencia.

- Actualizar a médicos de atención primaria, pediatras, maestros, clérigos y policías en los aspectos preventivos de la conducta suicida.
- Reducir la disponibilidad de los métodos suicidas, principalmente las armas de fuego, los venenos y otras sustancias tóxicas,
- Reducir la toxicidad de los gases del alumbrado y de los vehículos de motor.
- Eliminar la información sensacionalista sobre el suicidio en los medios de difusión.
- Favorecer el acceso al tratamiento de la enfermedad mental.
- Realizar campañas educativas para la práctica sistemática de ejercicios y la adecuada utilización del tiempo libre.
- Promover la realización de eventos intersectoriales y multidisciplinarios sobre la conducta suicida en sus diversos aspectos.

En Cuba, el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio empezó en 1989 con tres objetivos principales:

- Evitar el primer intento suicida.
- Evitar la repetición del intento suicida.
- Evitar el suicidio.

El programa incluye seis niveles: el médico de familia, el policlínico, el hospital, la municipalidad, la provincia y la nación. Cada nivel tiene su propia tarea pero el médico de familia, en la atención primaria de salud, es el protagonista principal, con la participación de líderes formales e informales, instituciones y organizaciones de la comunidad.

Otros países no tienen un programa nacional de prevención de suicidio, pero poseen una estrategia nacional para prevenir el suicidio de los

jóvenes. La principal crítica conceptual realizada a los mismos es su excesiva orientación psiquiátrica.

La observación, trasladada a nuestro País, en este punto es clave: ¿Qué debe proporcionar un Programa de Prevención del Suicidio, para que los que hasta hoy no consultaron o no fueron identificados en su riesgo suicida, empiecen a ser atendidos por el Estado y los respectivos Gobiernos Regionales?. Resulta lógico que el primer objetivo de este Programa sea la reducción de Tasas de Suicidio en el País y específicamente en las regiones. Pero tan abrumadoramente lógico también resulta que ese objetivo no se logra sin bajar la suicidabilidad plurideterminada de las personas con alto o moderado riesgo suicida. Para lo cual habrá que instrumentar adecuados recursos de identificación de riesgo, validados científicamente para nuestra población y nuestra cultura. Actualmente no se cuenta con instrumentos en estas condiciones.

La OMS, sugiere como eje de la tarea preventiva, tanto la reducción de los factores de riesgo como la promoción de los factores protectores, al mismo tiempo que señala la importancia de la sensibilización social al respecto. Lejos está esta tarea de ser patrimonio exclusivo de médicos y psicólogos, pero también es cierto que el personal sanitario, tanto como el de las otras instituciones participantes deben estar formados y disponibles para capacitar, asesorar y conducir dichas acciones.

### **Plazos y Cronogramas**

En las pocas experiencias llevadas a cabo en nuestro País, se ha podido observar la incidencia que tiene en la motivación del equipo de trabajo de prevención del suicidio, el acontecimiento de nuevos casos de suicidio una vez iniciado el desarrollo del Programa. Muchas veces tal circunstancia se asocia con el desánimo de los funcionarios locales, la

escasez de recursos y por ende la falta de seguimiento de las acciones pautadas.

Otro de los obstáculos recurrentes en los profesionales encargados de llevar adelante estas acciones, es que esta tarea es vista como “algo más” que hay que hacer en un horario de trabajo que resulta tan escaso como el salario. Esto hace que en muchos lugares de nuestro territorio este tipo de prevención se deposite en grupos de voluntarios, que toman a su cargo el problema intentando generar una respuesta desde el nivel comunitario, que más allá de sus intenciones, termina siendo fragmentaria, espasmódica y desgastante.

Si bien estos aspectos se resuelven con una adecuada capacitación y una planificación fundamentada, la posibilidad de estructurar un Programa con acciones de corto, mediano y largo plazo, permite visualizar la obtención de logros parciales como parte de la construcción de un dispositivo gradual y progresivo, admitiendo que la problemática posee una inercia que se irá revirtiendo a medida que los efectores multisectoriales extiendan y profundicen su accionar. Para que esto sea posible en el nivel interinstitucional requerido, resulta determinante el grado de consenso logrado antes de abordar la tarea.

### **Acciones específicas**

- Líneas de acción prioritarias a desarrollar.
- Etapas en que se subdividirá la instrumentación del Programa.
- Formas de organización de los recursos profesionales, económicos, legales y comunitarios, para la instrumentación de la prevención general, indirecta y directa.
- Modalidad e instrumentos para la detección de población de riesgo suicida (alto y moderado).

- Recursos para el abordaje de los grupos de riesgo detectados y para los grupos vulnerables.
- Modalidad e instrumentos de evaluación del accionar profesional y de la evolución de las acciones asistenciales.
- Creación de la Base de Datos del Programa Regional de Prevención del Suicidio.
- Un sistema de control y ajuste del Programa, basado en la medición periódica de la eficacia del mismo.

Una vez establecidos los Objetivos, Plazos, Recursos y Acciones del Programa Regional, se estima conveniente la diagramación de un Programa de Capacitación que brinde los elementos conceptuales para la orientación e implementación de las acciones a nivel regional y local.

La Organización Mundial de la Salud junto al reconocimiento del suicidio como un grave problema de Salud Pública, ha sugerido normas claras del rol de los distintos sectores involucrados en la tarea de prevención (OMS, 2000, 2001) .Este conjunto de lineamientos, articulados con los disponibles en las instituciones participantes y las premisas generales del Programa, formarán la materia prima para la confección de un cronograma de capacitación destinado, por lo menos, a los siguientes efectores:

Salud:

Médicos: de atención primaria, emergentólogos, clínicos generales y pediatras, médicos de familia, comunitarios y especialistas,

Psicólogos en todas sus especialidades,

Trabajadores Sociales,

Personal Técnico Auxiliar y de Enfermería

**Educación:**

Acordando con autoridades regionales y municipales, sobre los programas en vigencia, llevar la capacitación desde los niveles distritales por rama, a los establecimientos educativos en particular.

Participación de las Universidades con sus respectivos recursos de docencia e investigación.

**Fuerzas Armadas y de seguridad:**

Con una doble finalidad, por un lado atender a los altos índices de conducta suicida que acontecen al interior de sus organizaciones y por otro, instruir y entrenar al personal que va a ser requerido por la comunidad en su función de cuidado del orden y la seguridad.

**Justicia:**

Instrucción a los profesionales forenses para la utilización de la Autopsia Psicológica, no sólo como instrumento pericial, sino como recurso de investigación “ex post facto” para el establecimiento de pautas preventivas específicas. Información a jueces y fiscales sobre las posibilidades concretas de evaluación y rehabilitación para personas violentas contra sí y contra terceros.

**Iglesia:**

Información y capacitación de los miembros del clero acerca de los psicodinamismos propios del proceso autodestructivo, para ser incluidos en su tarea pastoral como forma de colaboración en la detección, orientación y derivación de las personas en riesgo.

**Medios de comunicación:**

Establecimiento de acuerdos precisos sobre la modalidad y los límites que deben respetarse en la información sobre eventos suicidas, creando clara conciencia sobre la responsabilidad social que compete a este sector en la formación de la sensibilidad social sobre esos acontecimientos.

Informar y participar a los institutos de formación de periodistas, sobre todo en la formación de periodismo científico, acerca de la

existencia y los fundamentos del Programa Regional de Prevención del Suicidio.

#### Comunidad en general:

Promover la formación de redes comunitarias, con grupos de reflexión y orientación sistemáticos, coordinados por profesionales y voluntarios entrenados en la evaluación, identificación y derivación de las personas en riesgo a los recursos sanitarios locales.

Diseñar lineamientos para la instrumentación de campañas de información y sensibilización como tareas de atención primaria de la salud, que facilite la detección de grupos de riesgo, como primera medida de prevención general inespecífica.

Establecer programas de formación de los voluntarios telefónicos, adecuando sus intervenciones a una participación activa y protagónica en el conocimiento y cumplimiento de las normas de este Programa. Promover en aquellos voluntarios que se sientan motivados y estén capacitados, la extensión de su labor telefónica a tareas de promoción y prevención comunitaria.

En nuestro País y especialmente en las regiones, si bien se ha adelantado un tanto en el tema en la última década, las intervenciones han sido aisladas y con poca o nula posibilidad de seguimiento y evaluación.

Más allá de lo saludable que resulta hoy la posibilidad de instrumentación de un Programa Regional de Prevención del Suicidio, resultaría de gran importancia integrar en las acciones descritas hasta aquí, Programas Multisectoriales destinados al abordaje comunitario y Programas de Capacitación e Intervención en Instituciones educativas, orientados a la evaluación, identificación, monitoreo y seguimiento.

## BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

1. ABREU, N (2001). *Un acto de violencia: tentativa de suicidio*. Porto Alegre (RS): PUCRS. PP.223-224.
2. BAECHLER, Jean (1975) *Suicide*. Oxford: Basil Blackwell.
3. BECK, A.T. (1998) *“Depresión: aspectos clínicos, experimentales y teóricos”*. Nueva York:Harper&Roy. Pág. 343.
4. BECK A.T. STEER.R.A. (1998) *“Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation”*. American Journal of Psychiatry. Page 559-563.
5. BOTEGA,N.J.(2002) *Tentativa del suicidio* En: Práctica psiquiátrica no hospital peral: interconsulta e emergencia. Porto Alegre: Artmed p. 365-377.
6. BUENDIA, J.; RIQUELME, A. y RUIZ, J.A. (2004)*El suicidio en adolescentes*. Universidad de Murcia, España. P. 47.
7. BOTEGA,N.J. (2002) *Tentativa del suicidio* En: Práctica psiquiátrica no hospital peral: interconsulta e emergencia. Porto Alegre: Artmed p. 365-377.
8. CATALDO, N.A., MORELLI, L.B., MENEZES, F.(2002)*Paciente suicida*. Imn:Fritscher cc, Chatkin JM, organizadores. Manual de Urgencias Médicas. Poto Alegre. EDIPUCRS. P. 509-515. Porto Alegre-Brasil.
9. CLEMENTE, M.; GONZALES, A. (2001) *Suicidio* . Madrid. P. 121.
10. DIEKSTRA, R. F., KIENHORST, C.W., Y WILDE, E.J. (2001) *Suicide and suicidal Beehaviour Among Adolescents. Psychosocial Disorders in Young People. Time trends and their causes*. Pp. 686 – 753.
11. DOMENECH, E., CANALS, J y FERNANDEZ-BALLART,J (1992) *Suicidal ideation among spanish school children: a three –year follow- up study of a pubertad population. Personality and Individual Differences*, 13, 1055 – 1057.

12. DURKHEIM, Emil (1897) *El Suicidio* 2da. Edición. Premia Editorial. Tlahuapan Puebla-Mexico. P 10-123.
13. EBERT,M.H., LOOSEN,P.T., NURCOMBE,B. (2000) *Comportamiento suicida* In: *Psiquiatría: Diagnóstico y Tratamiento*. Porto Alegre. p. 585-590
14. FEEDMAN, A.M. and COLBS.(1998)*El suicidio* 2da. Edición .Tratado de Psiquiatría Edit. Científico – Técnica. España. P 143.
15. FORSTER, P.L. , WU, L.h.(2002) *Comportamiento suicida* En: *Psiquiatría: Diagnóstico y tratamiento*. Porto Alegre: Artmed p. 585 – 590.
16. GOFFMAN, E. (2000) *Internados* Amorrortu Editores. Buenos Aires. P.39.
17. GUIBERT REYES, W. (2002) *El Suicidio, un tema complejo e íntimo* Edit. Científico-Técnica. La Habana. PP. 112-141.
18. LAUFER, Moses. (2003) *El adolescente suicida* 2da.Edic. Edit. Biblioteca Nueva. Madrid. P 97.
19. LEVINSON, D.J. y GALLAGER,E.B.(1995) *Sociología del enfermo mental*. Amorrortu Editores. Buenos Aires. P. 45.
20. MATOS BATISTA, Quirilio.(2002) *Suicidio*. Edit. Científico-Técnica. La Habana. Pág.127.
21. MORON, P. (2001) *Suicidio*. Buenos Aires: Abaco. Pág. 48.
22. MENDEZ,F. MACIÁ,D y OLIVARES, J. (1993) *Intervención conductual en contextos comunitarios*. Edit. Pirámide, Madrid. P. 130.
23. MONTALBÁN, Ros. (1998) *La Conducta Suicida* Ediciones ARAN. Madrid. P. 40.
24. ROJAS, Luis (2001) *Las semillas de la violencia* 2da. Edición. Editorial Espasa. España. P 36-37.

25. RODRIGUEZ-MARÍN, J. (1992) *Estrategias de afrontamiento y salud mental*. Citado en ALVARO, J; TORREGROSA, L y GARRIDO, A. *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental*. Siglo XXI. Madrid.
26. SARRÓ, B. y DE LA CRUZ, B (2001) *Los suicidios* Barcelona, Editorial Martínez Roca. P 13.
27. SARTORIUS, N. (1997) *Introducción al Simposio Internacional sobre el suicidio*. *Psicopatología*, 5 (2), PP. 81- 84.
28. SERFATY, Edith (1998) *Suicidio en la adolescencia*. *Revista Adolescencia Latinoamericana* N°1 Pág. 105 – 110.
29. SHNEIDMAN, E. (1981) *Psicología del Suicidio* 1981. Citado en Guibert Reyes, W. *El Suicidio, un tema complejo e íntimo*. Edit. Científico-Técnica. La Habana. P.138 2002.
30. STENGEL, E. (2001) *Psicología del suicidio y los intentos suicidios* Edit. Paidós. Buenos Aires. P. 135.
31. VILLARDÓN, L. (2000) *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao, Universidad de Deusto. 1993. En "Suicidio" Clemente, Miguel. Gonzalez, Andrés. Edit. Biblioteca Nueva. España. P 59.
32. WEKSTEIN (1979) *Mitos del suicidio*. *Med Clin (Barcelona)* 98: 618 – 621.
33. WILDE, E.J. KIENHORST, I.C. Y DIEKSTRA, R.F. (1992) *El suicidio en la adolescencia* En: J Buendía, *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Ediciones Pirámide. P. 29. 1996.
34. ZINMERMANN, P.R. MARTINS, F.P. (1996) *Apuntes de riesgo de suicidio*. En: *Acta Médica*. p. 333-342. Porto Alegre-Brasil.

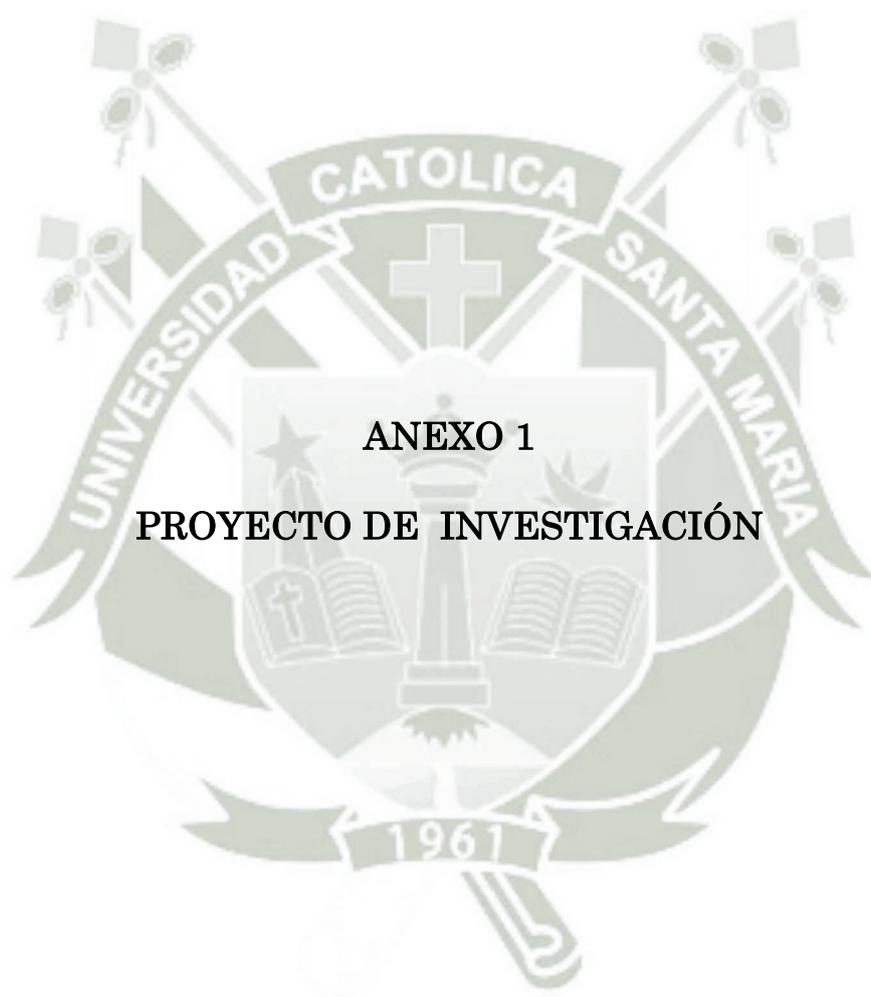
## HEMEROGRAFÍA

35. ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA.(1995) *Clinical Guide for Pediatricians*, Vol 8 N°1, Setiembre.
36. BECK A.T. STEER.R.A. (1998)*Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation*. American Journal of Psychiatry. Page 559-563.
37. CATALDO, N.A. (1998) “*El médico y el paciente suicida*”. Revista Médica PUCRS 8: 86-90.
38. DUKES R.L. y LORCH B.D. (1997)*The effects of family, self concept and deviant behavior on adolescent suicide ideation*. Journal of Adolescence. Page 239.
39. EVA, Pedro.(1995) Ponencia *La muerte y el morir*. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Noviembre
40. FALCONI GARCIA, Renán. (2005) *Análisis de variables predictoras de suicidio en adolescentes*. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-México. Pág. 36.
41. GOLDNEY,R.D. (1997)*Depresión e ideación suicida en jóvenes adultos*. Acta Psychiatrica Scandinavica. Pág. 481.
42. INSTITUTO DE SALUD MENTAL H. DELGADO – H. NOGUCHI . (2006)Oficina de Estadística e Informática. *Programa de Prevención del Suicidio. Cifras de suicidio*. Lima – Perú .P.57. Diciembre.
43. KANDEL, D.B.; RAVEIS, V.H. y DAVIES, M.(1991) *Suicidal ideation in adolescent: depresión, substance use, and other risk factors*. *Journal of Youth and Adolescence* , 20,2, 289-309.
44. KOVACS (1990) *Muerte por suicidio*. Rev. Suicidio, prevencion y control.Vol.2 New York.
45. MORALES, Pedro (2000) *Apuntes sobre el suicidio*. Revista Mexicana de Psicología. N° 3. P. 9.

46. NUÑEZ GÓMEZ, Nicolás. (2002) *Abordaje integral de la problemática del suicidio*. Universidad del Huila. Colombia. Pág. 38.
47. OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2004) *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Octubre.
48. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1995) *Salud del Adolescente*. OPS/OMS Washington.
49. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1996) *Manual de Salud para la Atención del Adolescente*. Serie Paltex. P. 199.
50. PEREZ BARRERO, Sergio (2005) *Manejo de la crisis suicida del adolescente. Avances en Salud Mental Relacional*. Vol. N° 4. La Habana. Marzo PP.16-25.
51. REQUENA, Alvaro (1987) *Sobre el suicidio en los adolescentes*. Gaceta médica de Caracas. Año XCV, Julio – Setiembre. PP 14-16.
52. RYAN N.D. (1998) *The Clinical picture of mayor depression in children and adolescents*. Archives of General Psychiatry. Page 854-859
53. RUIZ HERNÁNDEZ J.A., NAVARRO RUIZ J. M. y otros. (2005) *Cuestionario de creencias sobre el comportamiento suicida. CCCS-18*. Universidad de Murcia-España.
54. SERFATY, Edith (1998) *Suicidio en la adolescencia*. Revista Adolescencia Latinoamericana N°1 Pág. 105 – 110.
55. THOMPSON, T. R. (2006) “*Suicidio en niños y adolescentes*” Canadian Journal of Psychiatry. Pág 264.
56. VASQUEZ, Fredy (1997) *Estudio del intento de suicidio en el Servicio de Emergencia del INSM H. Delgado – H. Noguchi 1994-1996*. Anales de salud mental XIII.P.16.
57. VASQUEZ, Fredy (2004) *Análisis de la Conducta Suicida en el Perú* Cuaderno de trabajo. INSM H.Delgado – H. Noguchi. P 27.

## CONSULTA INFORMATIZADA

58. BERGER, L. (2002) *El suicidio en la tercera edad*. En: Tercera edad on line Tomado el 02-12-2005 Disponible en web: [www.proyeclotio.net/noticias/suicidio/htm](http://www.proyeclotio.net/noticias/suicidio/htm)
59. ELSTER, ARTHUR Y KUZNETS(1994) *El suicidio*. Citado por Macías, L *Suicidio en adolescentes* el 18/08/2007. Disponible en web: [www.monografias.com/trabajos10](http://www.monografias.com/trabajos10)
60. FICHMAN (1990) *Intentos de suicidio*. Citado por Macías, L *Suicidio en Adolescentes* el 18/08/2007 Disponible en web: [www.monografias.com/trabajos10](http://www.monografias.com/trabajos10)
61. MINSA (1994) *Estadística e Indicadores Básicos de Salud. Suicidios y lesiones intencionalmente autoinfringidas*. Cap. XX. Tomado el 18 de Agosto del 2006. Disponible en [www.minsa.got.pe](http://www.minsa.got.pe)
62. PEREZ BARRERO, Sergio (2002) *¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?* Libro Electrónico. El Comportamiento suicida. Cap.3, P.23. Tomado el 23-05-2006. Pag.Web [www.psicologia-online.com/shtml-11k-](http://www.psicologia-online.com/shtml-11k-)
63. SCHNEIDERMAN (1990) *Muerte por suicidio. Un caso de duelo complicado*. Tomado el 20/02/2006. Disponible en web: [www.homestead.com/montedeoya/suicidio](http://www.homestead.com/montedeoya/suicidio)
64. TORRES, Patricia (2005) *Ayuda a niños y adolescentes en riesgo*. Área de Psicología. Disponible en [www.anarperu.org/quienes.27m](http://www.anarperu.org/quienes.27m)
65. VASQUEZ, Fredy (2006) Alerta de Google *Suicidio en adolescentes* en línea. Disponible en [www.googlealerts-norefly.com](http://www.googlealerts-norefly.com).



## PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

### I. PREÁMBULO

El presente trabajo de tesis surge del deseo de efectuar un estudio relacional de las actitudes y la conducta suicida en adolescentes puesto que es un tema que requiere ser analizado con profundidad y desde diferentes enfoques científicos. Anteriormente, tuve la oportunidad de efectuar un estudio sobre los factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida en los estudiantes universitarios, realizado en la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna (2004-2006) y con el cual obtuve el Grado Académico de Magíster en Salud Mental del Niño, del Adolescente y de la Familia. Considero que se amerita complementar el estudio anterior con el análisis e interpretación de las actitudes de los adolescentes y establecer su relación con esta conducta autodestructiva que ha aumentado alarmanamente en nuestra sociedad.

Como las estadísticas de suicidio se basan principalmente en los certificados de defunción y en las pesquisas judiciales, existe seguramente la subestimación de la verdadera incidencia. Aun así, el suicidio se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte. El suicidio es la causa del 30% de las muertes entre los universitarios y del 10% de las muertes en personas entre 25 y 34 años. Es la segunda causa de muerte entre los adolescentes de EE.UU. Sin embargo, más del 70% de las personas que se

suicidan son mayores de 40 años y la frecuencia aumenta dramáticamente en los mayores de 60 años sobre todo en los varones. Las tasas de suicidio son mayores en las áreas urbanas que en las rurales, MINSA <sup>15</sup>. En contraste, los intentos de suicidio son más frecuentes antes de llegar a la mediana edad y particularmente frecuentes entre las adolescentes solteras y entre los solteros alrededor de los 30 años. Aunque las mujeres intentan suicidarse con una frecuencia tres veces mayor que los hombres, éstos consuman el suicidio en una proporción cuatro veces mayor que ellas.

Las estadísticas de la OMS <sup>16</sup> reflejan que aproximadamente 1 millón de personas se suicidaron en el año 2006 en todo el mundo. O sea un promedio de 3 mil suicidios diarios o una muerte cada 40 segundos para un promedio general de 14,5 por cada 100,000 personas. El índice más alto de suicidios en el mundo lo tienen los países asiáticos y europeos: Japón, Rusia, Hungría, Finlandia, Suecia, Bielorrusia y otros. El índice más bajo está en América Latina. En el Perú, el promedio de suicidios es de 450 a 500 anuales con una tendencia mayor en los últimos meses del año.

Si bien, la conducta suicida que comprende al pensamiento o ideación suicida, los intentos de suicidio y al acto de suicidio en sí, la cual ha venido siendo investigada últimamente en centros hospitalarios así como en centros de estudios secundarios y superiores del país, obteniéndose cierta

---

<sup>15</sup> MINSA. *Estadística e Indicadores Básicos de Salud. Suicidios y lesiones intencionalmente autoinflingidas*. Cap. XX.

<sup>16</sup> OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Pág 34.

información sobre las causas y factores de riesgo, lo cual ha contribuido en la planificación de programas de prevención del suicidio en adolescentes; resulta de necesidad conocer otros aspectos que inciden o tienen significativa relación con el comportamiento suicida y es por esta razón que me he orientado a tratar de conocer en profundidad las actitudes de los adolescentes respecto a esta conducta psicopatológica en estudiantes universitarios.

Para algunas personas el suicidio no es tan frecuente en estas edades juveniles, pero la realidad es diferente puesto que los intentos de suicidio se presentan alarmantemente de manera cotidiana y su prevalencia ha aumentado considerablemente en nuestro país durante los últimos 10 años, pues la adolescencia es una etapa de la vida con muchas potencialidades para desarrollar una existencia creativa y el suicidio, cuando ocurre, puede ser un acto impulsivo, no bien pensado y por tanto, muy difícil de evitar, tarea esta que deben abordar los especialistas (suicidólogos, psiquiatras, psicólogos), no así otros profesionales, que pudieran empeorar las cosas y demorar la asistencia especializada. Cada una de estas razones constituyen mitos relacionados con la conducta suicida y no reflejan en modo alguno las evidencias del suicidio en la adolescencia.

Debo de señalar que el suicidio es un problema eminentemente social, razón por la cual las ciencias sociales como la psicología social y la sociología la estudian e interpretan a profundidad. El problema del suicidio en adolescentes radica fundamentalmente en la desesperanza de los jóvenes

ante la incomprensión y falta de comunicación con sus padres, familiares y la sociedad entera. Pero además, los adolescentes son víctimas de violencia familiar. Ello, indica Patricia Torres<sup>17</sup> responsable del área de psicología del Teléfono de la Fundación ANAR (Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo), es la verdadera razón que los empuja a autoeliminarse, “pueden decir que se matan porque han terminado con su enamorada (o) o que les va mal en los estudios, pero detrás de esas justificaciones se esconden incomprensión, incomunicación, maltratos físicos y psicológicos en su hogar que ya no pueden sobrellevar. Por esta razón, la adolescencia se ha convertido en un tema de urgencia; los jóvenes quieren saber quiénes son y a donde van, dado que unas veces se les exigen obediencia de niños y otras veces se esperan de ellos un comportamiento propio del adulto.

## II. PLANTEAMIENTO TEORICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1 Enunciado del problema

“Influencia de ciertas actitudes en la conducta suicida en los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna”.

#### 1.2 Descripción del problema

##### a.) Área del conocimiento:

- **Área general:** Ciencias Humanas
- **Área específica:** Psicología

---

<sup>17</sup> TORRES, Patricia. “Ayuda a niños y adolescentes en riesgo”. Area de Psicología. Pág.2

- **Especialidad:** Psicología Clínica

- **Línea:** Psicopatología

**b) Operacionalización de variables**

TIPO	VARIABLES	DEFINICIÓN DE CONCEPTO	INDICADORES	SUB INDICADORES
VI	ACTITUDES	<i>Predisposición para reaccionar positiva o negativamente favorable o desfavorable ante los estímulos sociales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comportamiento</li> <li>- Conocimiento</li> <li>- Afectividad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relaciones Interpersonales</li> <li>- <i>Rasgos de</i></li> <li>- Trastornos Psicológicos</li> <li>- Creencias</li> <li>- Sentimientos</li> </ul>
VD	CONDUCTA SUICIDA	<i>Comportamiento o orientado a causar la propia muerte de manera voluntaria</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ideación Suicida</li> <li>- Intento Suicida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actitud ante la vida/muerte</li> <li>- Pensamientos o deseos suicidas</li> <li>- Proyecto de Intento suicida</li> <li>- Realización del Intento suicida</li> </ul>

### c) Interrogantes

1. ¿Qué actitudes presentan los estudiantes de la Universidad Nacional “Jorge Basadre Grohmann” de Tacna, respecto a la conducta suicida?
2. ¿Cómo se presenta la conducta suicida en los estudiantes?
3. ¿Cómo influirán las actitudes en la conducta suicida en los estudiantes?

**Tipo del problema:** De campo, porque las unidades de estudio son tomadas de la propia realidad: Estudiantes de la UNJBG.

**Nivel de investigación:** Relacional, porque se trata de demostrar la influencia de la variable independiente (actitudes) en la variable dependiente (conducta suicida)

### 1.3 Justificación del Problema

El suicidio, por lo general, es un fenómeno impresionante que roba la atención de cualquier ser humano, independientemente del vínculo que se tenga con la persona que lo intentó o se mató, porque contrasta con el instinto básico de conservación que poseemos y marca siempre, desde la perspectiva en que nos educan, el final o la

consecuencia de un fracaso emocional. Al respecto Menninger<sup>18</sup> dice: “a la persona normal el suicidio le parece demasiado espantoso y sin sentido para poderse concebir. Diríase que casi hay un tabú que impide discutir este tema en serio. Nunca se ha emprendido una extensa campaña contra el suicidio, como se hacen en contra de otras causas de muerte, quizás más difíciles de prevenir. No hay interés público organizado en él. Sin embargo en muchos casos podría haber sido evitado por alguno de nosotros”.

El comportamiento de esta problemática refleja, sobre todo, el fracaso de nuestras sociedades en dar respuesta a las necesidades humanas más íntimas, permitiendo “la interferencia de intereses poderosos que despersonalizan al hombre y minimizan los valores que dan finalidad y propósito a la existencia”<sup>19</sup>. Esto causa en el individuo una sensación creciente de angustia y soledad que desorienta, anulando la capacidad de adaptación a situaciones adversas, invalidando los mecanismos internos que compensan los estímulos negativos y extinguiendo la creatividad que busca soluciones y alternativas.

Una posible explicación del suicidio en adolescentes tiene que ver con la vulnerabilidad derivada de las numerosas fuentes de estrés asociadas a los notables cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que conlleva esta etapa de la vida. Aunque tal vulnerabilidad puede

---

<sup>18</sup> MENNINGER, K.A. *Man Against Himself*. Pág. 56

<sup>19</sup> BUENDIA, J. et.al. *El suicidio en adolescentes*. Pág. 1.

considerarse “normal”, la delimitación de los factores capaces de determinar una especial predisposición a las conductas suicidas ha sido uno de los objetivos de investigación que han alcanzado mayor relieve en los últimos años. Son muchos los trabajos que han ido aportando información sobre el papel de determinadas variables, habiéndose señalado condiciones tan dispares como la pérdida temprana de uno de los progenitores, haber sido objeto de abuso sexual, exposición a violencia familiar, abuso de sustancias tóxicas, historia de suicidio familiar, trastornos del estado de ánimo, problemas académicos, dificultades para la inserción en el mercado laboral, problemas económicos, entre otros. Asimismo, diversos trabajos, entre ellos el de Ruiz Hernández y Navarro-Ruiz<sup>20</sup>, han demostrado que la actitud favorable respecto al suicidio se relaciona positivamente tanto con la ideación como con la tentativa suicida, considerándola como un factor con alto poder predictivo del comportamiento suicida en los adolescentes y jóvenes.

El suicidólogo cubano Dr. Sergio Pérez Barrero, autor de varios libros referentes al suicidio, efectuó un interesante estudio sobre las actitudes hacia el suicidio en estudiantes de medicina en La Habana<sup>21</sup>, encontrando niveles significativos de correlación entre las actitudes de los estudiantes e ideación suicida. En el Perú, existen

---

<sup>20</sup> RUIZ HERNÁNDEZ, J.A et.al. *Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCCS-18*. Pág. 2

<sup>21</sup> PEREZ BARRERO, S. “Actitudes hacia el suicidio en estudiantes de Medicina”. Págs. 2-15

trabajos efectuados sobre la conducta suicida en adolescentes, sobre factores de riesgo suicida, sobre la relación entre la depresión o el uso de sustancias adictivas y el suicidio pero, lamentablemente, no se conocen estudios relacionales entre actitudes u otros aspectos psicosociales como motivación, valores, con la conducta o el comportamiento suicida. La literatura internacional reporta que la agenda de investigación futura debe ahora enfocarse al diseño de estrategias de intervención que, entre otros aspectos, sean culturalmente adecuadas e integren la mayor cantidad de variables posibles con el suicidio.

Según datos del MINSA, el suicidio en Tacna, especialmente en adolescentes, es un grave problema de salud pública puesto que, en proporción, tiene uno de los porcentajes más altos en el país; razón por la cual es muy necesario contar con la mayor información epidemiológica así como de diversos trabajos de investigación para poder hacer campañas de prevención del suicidio y promoción de la salud mental.

Considero que el presente trabajo es de real importancia puesto que ha de contribuir a que la comunidad, y en especial la universidad, pueda cumplir en la detección y prevención de los problemas psicológicos y del riesgo de los estudiantes de caer en esta conducta autodestructiva. Asimismo, este estudio está orientado a permitir apreciar la factibilidad y necesidad de planificar estrategias

específicas destinadas a concretar estas urgentes acciones de prevención y atención primaria de la salud.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1 ACTITUDES

#### 2.1.1 Origen, significado y concepto de actitud

El término actitud proviene del italiano *attitudine*, derivado a su vez de *aptitudine*, del latín posclásico *aptitudo*, entendida como disposición natural para llevar a cabo con eficacia ciertas tareas.

En efecto, la etimología nos enseña que este término fue introducido por primera vez, por los críticos de arte italianos, para descubrir las posiciones del cuerpo dadas por el artista a su estatua o a la representación gráfica del cuerpo humano para evocar “cierta disposición del alma”.

Se comprende así su adopción por el vocabulario psicológico para describir las manifestaciones exteriormente observables que revelan las disposiciones del sujeto hacia un objeto.

El estudio de las actitudes, su origen y sus efectos sobre la conducta individual y social tiene una larga historia. Si bien en un principio este estudio tuvo un carácter netamente “psicologista”, el contacto con la antropología cultural y su empleo en la investigación sociológica le hizo

adquirir nuevas aportaciones que han contribuido a su mejor conceptualización.

Una actitud puede ser considerada como el modo en que una persona siente algo. Examinando el significado de esta definición obtendremos una mayor comprensión de este concepto.

Como sentimiento sobre algo, una actitud tiene un objeto que puede ser cualquier cosa (una persona, una cosa material, una situación, una conducta, etc). Puede ser algo tan concreto como un edificio o tan abstracto como la pintura; tan objetiva como un medio de comunicación o tan complejo como el suicidio. En otras palabras, el objeto de una actitud puede ser cualquier cosa que podamos percibir o imaginar, siendo de mayor importancia los dirigidos hacia los fenómenos sociales.

Existen múltiples y variadas definiciones de actitud, pero casi todas revelan como denominador común la disponibilidad de un sujeto hacia un objeto, situación o estímulo.

En opinión propia, considero que las actitudes son *“estructuras u organizaciones producto de elementos biológicamente no diferenciados y de elementos psicológicos y socio culturales específicos, que predisponen al individuo a reaccionar de determinada forma ante los diversos estímulos y que representan una de las principales manifestaciones de la personalidad”*

### 2.1.2 Naturaleza de las actitudes

Desarrollamos nuestras actitudes en el afán de tratar de enfrentarnos y ajustarnos a nuestro ambiente social y, una vez

desarrollados, se prestan regularmente a nuestra manera de reacción. Ellas nos crean expectativas acerca de nuestros propios actos y de los actos de los demás, y se relacionan con todos los aspectos de la vida social.

Las actitudes, las adquirimos como resultado de nuestra integración con los modos y costumbres de la sociedad en que vivimos. En el sentido más amplio de la palabra, se les puede considerar como representaciones psicológicas de la influencia de la sociedad y la cultura sobre el individuo. Además, pertenecen al contexto social que las produce y las mantiene, sin embargo, conservan el carácter de experiencias individuales únicas.

### **2.1.3 Estructura de las actitudes**

Existen muchas formas de abordar la organización o la estructura de las actitudes, pero para la mayoría de investigadores existen tres componentes fundamentales: el cognoscitivo, el comportamental y el afectivo.

Leon Mann<sup>22</sup> señala que el *componente cognoscitivo* de una actitud consiste en las percepciones del individuo, sus creencias y estereotipos, es decir, sus ideas sobre el objeto. El término “opinión” se usa a menudo como sustituto del componente cognoscitivo de una actitud, especialmente cuando dicha opinión es de importancia con respecto a alguna cuestión o problema.

El *componente comportamental* de las actitudes se refiere a toda inclinación a actuar de un modo determinado con respecto al objeto. Es la

---

<sup>22</sup> MANN, L. *La Estructura de las Actitudes*. Pág. 28

orientación a la acción y se “mide” registrando lo que el individuo dice que hará, o mejor aún, lo que en realidad hace. Así podemos observar que de acuerdo al presente trabajo de investigación, los intentados de suicidio demuestran el componente comportamental de su actitud hacia este problema. Este componente está íntimamente ligado al componente cognoscitivo.

*El componente afectivo* se refiere a las emociones, los sentimientos vinculados a determinados objetos o situaciones. Aunque dos personas tengan actitudes desfavorables hacia el suicidio, pueden tener sentimientos personales muy diferentes. Uno de ellos puede considerar que el suicidio es una conducta irracional y que atenta contra los principios éticos y morales del individuo, mientras que el otro puede sentir temor por considerarlo un gravísimo pecado según su religión.

#### **2.1.4 Función de las actitudes**

Las actitudes desempeñan un papel esencial en la determinación de nuestra conducta; por ejemplo, afectando nuestros juicios sobre los demás, influyendo en la velocidad y eficiencia de nuestro aprendizaje, ayudando a determinar los grupos sociales con quienes nos asociamos y hasta la filosofía que normará nuestras vidas.

Las actitudes constituyen el fundamento de las formas de actividad constantes respecto a objetos sociales, sucesos y problemas durante un período de tiempo.

Puesto que las actitudes confieren una estabilidad y consistencia a nuestra actividad individual y social, el saber que una persona sostiene una cierta actitud, permite al observador anticipar y predecir sus actos con cierto grado de confianza. En este aspecto se fundamenta la hipótesis del presente trabajo de investigación.

Las actitudes no funcionan como un proceso unitario, sujeto a un único principio de operación que refleja el modelo común del universo, sino que se desarrollan a partir de múltiples fuentes. Distinguiendo sus funciones, se gana en precisión en el análisis del rol que juegan las actitudes en la estructura de la personalidad y el conocimiento de sus relaciones con otros procesos psicológicos tales como la conciencia, el juicio, la percepción, etc.

#### **2.1.5 Cambio de Actitudes.**

Para tener conocimiento de cómo cambian las actitudes, es necesario comprender el proceso de su formación. La mayor parte de las actitudes son generadas de un modo convencional, desarrolladas a través de una acción continuada con otras personas. Según James Wittaker<sup>23</sup>, las actitudes cambian principalmente en base a dos métodos: “El primero consiste en cambiar la identificación con un grupo de referencia, es decir a uno que tenga actitudes diferentes. El segundo método hace intervenir el cambio de las normas sociales del grupo de donde derivan las actitudes”.

---

<sup>23</sup> WITTAKER, James. *Psicología* Pág. 205

Las actitudes como producto de las experiencias del individuo tienden a conservar y estabilizar su mundo. El mundo externo les impulsa a actuar y por eso las variaciones de ese mundo influyen sobre ellas. Al adaptarse a su mundo cambiante, rechazan o aceptan las variaciones de sus propias actitudes. Es por esto, que el estudio del cambio de actitudes es un problema teórico y práctico de gran importancia.

Las actitudes pueden variar y cambiar bajo ciertas condiciones, figurando entre ellas las influencias sociales, que constituyen fuente de cambio no basadas en la experiencia directa, sino en la comunicación con los otros. También influyen en el cambio actitudinal las referencias positivas o negativas con una situación o un problema. Por ejemplo, un colegial que se ve obligado a trasladarse de un colegio aristocrático hacia otro considerado humilde, y piensa que las actitudes de sus compañeros son muy diferentes a las suyas; gradualmente puede sentirse ligado a su nuevo colegio si logra trabar amistad con profesores y compañeros que son amables y atentos con él.

De lo expuesto se puede deducir que el cambio que las experiencias pueden imprimir a nuestras actitudes dependen, en parte, de la fuerza de nuestras actitudes iniciales y en parte de la intensidad positiva o negativa, favorable o desfavorable que tengan las experiencias.

## 2.2. CONDUCTA SUICIDA

### 2.2.1 Concepto de Suicidio

Desde el punto de vista de la lexicogenesia, el origen de la formación del término “suicidio” se encuentra en el latín tardío -“suicidium”: “sui”, (por sí, de sí, así) y “cidium”, (acción de matar); sustantivo este que tiene su origen en el verbo “caedere”, (cortar, matar)-. Por lo tanto, la acepción etimológica del vocablo “suicidio” es “matar a sí” o “matar a sí mismo”.

Entonces, llamamos suicidio a aquella acción por la cual una persona acaba con su propia vida. La clasificamos como conducta autodestructiva porque esa acción puede conducir directamente a la muerte o puede ser un intento pero siempre existe una intención letal en su misma esencia.

El suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria. Se entiende a la destrucción directamente querida de la propia vida, bien sea por un acto o una omisión voluntaria. Se distingue de la destrucción indirecta de la vida que se da cuando la muerte propia no procede de un acto cuyo único fin sea quitarse la vida, aunque de ese acto resulte la muerte. En este caso no hay suicidio, pues, la muerte propia no es causada ni directamente querida por la persona, sino solo permitida. Esto se puede dar en el caso que se exija el cumplimiento de obligaciones ineludibles aun a riesgo de perder la propia vida.

Según Durkheim<sup>24</sup> “entre las diversas muertes hay algunas que presentan la particularidad de ser obra de la propia víctima, resultante de un acto en el que el agente y el paciente son una misma persona”. Por lo general, nos representamos el suicidio como una acción positiva y violenta que implica cierto despliegue de fuerza muscular o como una actitud puramente negativa.

Para que podamos considerar la muerte como su efecto, el acto del paciente no puede haber sido inmediatamente antes de ella: la relación de causalidad, puede ser indirecta. Toda muerte meditada o inmediata de un acto positivo o negativo, ejecutado por la misma víctima se considera suicidio.

Las causas de la muerte están fuera de nosotros y hablar de la intención es muy íntimo. Entonces, añade Durkheim, "Si la muerte es aceptada simplemente como una condición lamentable, pero inevitable, del fin que se tiende, como si expresamente fuese querida y buscada por si misma, lo cierto es que en uno u otro caso el sujeto renuncia a la existencia, y las diferentes maneras de renunciar no pueden ser sino variedades dentro de una misma clase".

Lo común a estas formas de renunciación suprema es que el acto que lo consagra es cumplido con conciencia de causa. La víctima sabe cuál va a ser el resultado de su conducta. Así en definitivo: "Suicidio es todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo"

---

<sup>24</sup> DURKHEIM, Emile. *El Suicidio*. Pág. 19

ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado".

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su clasificación internacional de enfermedades, define la acción suicida como:

*“un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y siendo considerado el resultado por el autor como instrumento para obtener cambios deseables en su actividad consciente y medio social”.*

Teorías psicológicas sobre el suicidio hablan de un agotamiento que restringe el campo de la conciencia, lo que ocasiona una depresión orgánica. Refieren también a la incapacidad de adaptación, desequilibrio en la voluntad de vivir; de protesta y hostilidad infantil; narcisismo; compensaciones de impulsos homicidas contra miembros de la familia y niños.

El ser humano continuamente lleva a cabo acciones autodestructivas como por ejemplo fumar, beber en exceso, practicar deportes de riesgo pero la intención habitualmente no es la de acabar con la propia vida sino experimentar determinado placer.

Cuando una persona tiene una intención de suicidio no busca el deleite sino acabar con el sufrimiento porque su visión de túnel no permite ver otras posibles salidas.

### 2.2.2 El suicidio a través de la historia

A lo largo de la historia, las culturas que han poblado el planeta han considerado el suicidio de distinta manera. Aunque algunas de ellas son muy parecidas, las mismas culturas han incluso modificado su percepción del mismo con el paso de los años, retomando o abandonando posturas anteriores.

La actitud de los hombres ante la muerte no ha sido la misma a través de los tiempos; cuando un hombre de hoy habla de su muerte, piensa que si le fuera dado escogería una muerte súbita, sin dolor, como un leve sueño. El hombre del medioevo se sentiría aterrado de ello, porque como lo expresa el padre de Hamlet, en la famosa obra de Shakespeare, moriría "en la flor del pecado"; por eso el hombre de la edad media prefería un tiempo de arrepentimiento y de balance de sus deudas con Dios y con los hombres, inclusive en las oraciones medievales se rezaba "líbranos Señor de la muerte repentina".

Sarró<sup>25</sup> señala "Las antiguas civilizaciones sacralizaron la muerte, la domesticaron, queriendo restarle dramatismo e integrarla en un sistema de ritos y creencias que tenían por objeto convertirla en una etapa de sabiduría; también como un rasgo de honor del militar vencido más del destino, por ello, rechazaban y condenaban el suicidio: el cuerpo del suicida era castigado, arrastrado por el piso, y no tenía derecho a ser sepultado en la

---

<sup>25</sup> SARRÓ, B. et.al *Los suicidios*. Pág. 13

Iglesia... solo en el caso del soldado vencido que se suicidaba por honor, o de otras formas de suicidio como el duelo."

El suicidio ha estado ligado a la humanidad y sus costumbres: los mayas, según refiere la historia, veneraban a Ixtab, la diosa del suicidio, y, en el Lejano Oriente, los japoneses se hacían el "harakiri" para lavar la deshonra y el ofrecerse como torpedo humano por el emperador, suscitaba la admiración general. Algunas culturas admitieron el suicidio por motivos religiosos, para encontrar más allá una vida mejor, como en el antiguo Egipto e incluso en algunas sectas destructivas de la actualidad. En las antiguas Grecia y Roma, se admitía el suicidio como una forma de haber alcanzado cierta información al enemigo (traición); y en ciertas circunstancias de la vida civil cuando el noble no toleraba la deshonra o el anciano no deseaba soportar su decrepitud. Entre los hindúes, era un deber que la esposa se suicidase al quedar viuda.

Fue a partir del siglo XIX cuando se cambia la actitud hacia el suicidio y la sociedad emergente rechaza los ritos anteriores. La muerte fue liberada y pasó al dominio privado, el cadáver era velado en la casa, sepultado en familia, y en ese sentido la muerte pasó a depender cada vez más de la voluntad del individuo.

El suicidio era, tiempo atrás en occidente, algo vergonzoso para la familia; era sinónimo de debilidad, de enfermedad, de conducta inadecuada y por ello pocos o casi nadie lo daban a conocer. Actualmente las cosas son distintas, ya que este acto se ve como un síntoma de enfermedad y se

acepta, se denuncia, lo que ha aumentado las cifras de manera alarmante. Es un problema en el que parece haber consenso entre sociólogos, sicólogos, psiquiatras, antropólogos y demógrafos, cuando lo consideran como un rasgo de la modernidad, uno de los males del siglo.

### **2.2.3 Enfoque Sociológico del Suicidio**

La primera gran conclusión del primer científico social que estudió el suicidio de forma empírica, Emile Durkheim<sup>26</sup> es que: “el suicidio es un fenómeno social no explicable en términos individuales”. Así, el suicidio, para este autor, deja de ser un acto individual y se transforma en un reflejo de las sociedades en que se produce.

Para Durkheim, en las sociedades modernas la anomia sería un factor regular y específico en los suicidios. La falta de regulación social se traduce en ausencia de freno a las pasiones y creciente divorcio o alienación de los sujetos respecto a la sociedad.

Este concepto explicaría la multiplicación de los suicidios ocurridos en los períodos de desintegración de las sociedades, como Grecia, Roma y el Imperio Otomano, así como en vísperas de la Revolución Francesa. En cambio, sugiere que en las que se están conformando como tal se presentan frecuencias muchas menores de muerte voluntaria. Sostiene que las guerras y algunos procesos de confrontación política producirían disminución de los suicidios, porque en estos episodios existiría mayor cohesión social en un afán de mantenerse unidos como medio de protección.

---

<sup>26</sup> DURKHEIM, Emile. Ob.cit. Pág. 67

El francés, Jean Baecheler, en su obra “Los suicidios”<sup>27</sup> desmonta la teoría social. Para él, el suicidio es independiente de la sociedad; según él, hay que separar los suicidios de los intentos de suicidios, cada vez más frecuentes. Estos aumentan porque aumenta la atención que se les presta y ese es el objetivo de muchos suicidas fallidos. Esto convierte al intento en chantaje. La tendencia tiene que ver con la condición actual de la juventud, convertida en grupo social permanente por la sociedad occidental. Entendemos que esto significa una juventud acosada por las ideas del éxito, del consumo y de la belleza perpetua.

Las explicaciones sociales no pueden dar cuenta con seguridad del porqué el índice de suicidios e intento de suicidios es mayor en unas sociedades que en otras.

Con la teoría sociológica la causa del suicidio cambia: lo que había sido un crimen moral (desde la iglesia católica) pasa a ser un fenómeno social; científicamente clasificable y sujeto a leyes discernibles.

#### **2.2.4 Perspectiva Psicoanalítica del Suicidio**

En la corriente psicoanalista el adolescente es visto desde la perspectiva de la construcción de su identidad. Este proceso, común en todo individuo, ha sido denominado como "Síndrome de la Adolescencia Normal" o "Anormalidad Normal".

La "Anormalidad Normal" en adolescentes posee una serie de características propias que se expresan en el cuestionamiento reiterado,

---

<sup>27</sup> BAECHELER, Jean. *Suicide* Pág. 25

ansiedad, rebeldía, agresividad, etc., encausadas en la creación de la propia identidad adulta. En este proceso es normal que los adolescentes establezcan interacciones con su ambiente, identificaciones y "lutos", normales en esta etapa de la vida.

La propuesta psicoanalista de Feechman<sup>28</sup>, sostiene que “estos elementos generalmente considerados como nocivos son propios de un desajuste generacional que favorecería la evolución humana; sin embargo, estas conductas inducen a la aparición de mecanismos sicopáticos que generan prejuicios negativos o rechazo y marginación hacia el adolescente, lo que unido a su propio mundo interno, termina aceptando su papel de marginado”. Por lo tanto, el adolescente es marginado y, a la vez, se automargina, lo que se manifiesta en conductas ligadas al uso indebido de drogas, delincuencia, rebeldía agresiva y violencia.

Los psicoanalistas postulan que el suicidio obedecería a muchos factores que actúan de manera recíproca y específica en cada individuo, lo que se relacionaría a: construcción del individuo evolución de su desarrollo, circunstancias sociales y fantasías personales sobre la muerte.

Además, el psicoanálisis postula que el suicidio se vincula básicamente a: conflictos relacionados con la explosión instintiva de la adolescencia, deseos sexuales edípicos, dependencia/independencia de los padres, conflictos con bisexualidad y conflictos con la adquisición de una identidad adulta.

---

<sup>28</sup> FEECHMAN,N.*Intentos de suicidio. Pág 27*

La teoría psicoanalítica señala que algunos cuadros podrían describirse como caminos predisponentes al suicidio, los que se manifestarían en actos con características defensivas de tipo sicopático, esquizo-paranoide, maníaco, fóbico o contra-fóbico. Sin embargo, también podría catalogarse como "patologías normales" y transitorias que forman parte de la adolescencia.

Ante esto, los psicoanalistas opinan que el suicidio es una grave expresión patológica de tipo sicótico y no un fenómeno social.

### 2.2.5 Adolescencia y Suicidio

- **Adolescencia: etapa vulnerable de conducta suicida**

Adolescencia es un concepto moderno, fue definida como una fase específica en el ciclo de la vida humana a partir de la segunda mitad del siglo XIX, estando ligado a los cambios económicos, culturales, al desarrollo industrial, educacional y al enfoque de género en correspondencia con la significación que la mujer tiene para el proceso económico-social.

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social .<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Salud del adolescente* .OPS/OMS Wshington 1995.P.

La OMS <sup>30</sup> define: "la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años". Paralelamente con este tenemos también la juventud que comprende el periodo entre 15 y 24 años de edad, es una categoría psicológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y a la toma de responsabilidad es por ello que la condición de juventud no es uniforme, varía de acuerdo al grupo social que se considere.<sup>31</sup>

Durante los últimos años nos sentimos impactados por varios casos de suicidio en adolescentes. Unos debidos a presión de formación académica, otros por razones amorosas, otros por *problemas intra* familiares y otros sin causa aparente. ¿Son éstas coincidencias?. La pregunta es difícil de responder, ya que los casos no son muchos como para apreciar tendencias. Sin embargo, ello es indicador que debe llevarnos a reflexionar porque puede significar un problema más profundo.

El suicidio del adolescente, es la punta del iceberg que alcanzamos a ver, pero debajo de él existe un volumen importante de intentos de suicidio. Así por ejemplo, en una encuesta reciente realizada en los Estados Unidos entre adolescentes de 13 a 19 años de edad, señala que el 60% de los encuestados ha conocido el caso de un compañero que ha intentado

---

<sup>30</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Salud del adolescente*. OPS/OMS Wshington 1995.P.

<sup>31</sup> O.P.S. *Manual de Salud para la atención del adolescente*. Serie Paltex. 199 p .

suicidarse. Más aún, el 15% de los mismos encuestados dicen que alguna vez ellos mismos han considerado esta posibilidad. Cuando se les ha preguntado por las causas, la gran mayoría es por presiones de sus padres. Un 57% afirma que es por problemas del hogar y un 47% por presión escolar. Lo preocupante es que la mayor parte de los adolescentes que han intentado un suicidio, no han buscado ayuda médica.

El problema es que detrás de los suicidios o intentos de suicidios, casi siempre hay una patología psiquiátrica previa, de modo que el suicidio o el pensamiento suicida es en realidad un indicador de que algo más serio pasa en la sociedad. Es muy posible que el tipo de vida que está llevando la sociedad moderna sea un factor importante que repercute en la población adolescente. Todos los suicidios y los intentos suicidas hablan de una crisis emocional, de una perturbación en la forma en que se vive, de un desacuerdo social, además de otros factores adicionales.

El suicidio de los adolescentes es un tema que suele callarse y evadirse pues impacta y cuestiona el sistema familiar y social en que vivimos; sin embargo, es importante conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto y cómo puede prevenirse. Clemente,<sup>32</sup> uno de los expertos en el tema, dice que el suicidio es un fenómeno complejo que comprende factores físicos, sociales y psicológicos que actúan e interactúan; sin embargo, la forma en que el individuo se relaciona con su medio ambiente y cómo

---

<sup>32</sup> Clemente, Miguel. *Suicidio*. P.59

afecta este último su personalidad, son causas que determinan que el individuo intente suicidarse o no.

Durante la adolescencia, etapa de desarrollo por la que atraviesa todo individuo, se presentan en los jóvenes cambios difíciles que les producen ansiedad y depresión hasta llegar, en muchas ocasiones, a una tentativa de suicidio. Este intento plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis de la adolescencia. La manipulación de la idea de la muerte en el joven suele ser frecuente, pero debe hacerse la diferencia entre el adolescente que piensa en el suicidio como una llamada de auxilio, como una manera de comunicar su descontento a los demás, el que ve el suicidio como una idea romántica y aquél que realmente lo lleva a cabo. Si cerca de nosotros se encuentra algún adolescente cuyo comportamiento indique que intentará suicidarse, atendamos sus señales, pues podemos darle el apoyo necesario para superar su problema.

- **Universidad y salud mental en los estudiantes**

La Universidad a través del Departamento de Bienestar Estudiantil debe de brindar diferentes servicios orientados a la promoción y prevención de la salud mental de los estudiantes universitarios. Entre los servicios más importantes a brindar se pueden citar los siguientes:

- Servicio social para atención a la comunidad universitaria auscultando sus problemas e inquietudes y brindándoles la atención requerida y oportuna, a través de su Área de Servicio Social.

- Salud, orientado a la atención médica preventiva y prestación de salud, y servicios auxiliares correspondientes, por intermedio de su Área de Salud, o mediante convenios con Centros de Salud.
- Tutoría, asesoría psicopedagógica y tratamiento de trastornos psicológicos, por intermedio de su Área Psicopedagógica.

La población de estudiantes universitarios ha atraído progresivamente la atención de clínicos e investigadores del campo de la salud mental. Pese a constituir una élite en términos sociales, es frecuente que los jóvenes universitarios presenten distintas dificultades que afecten su bienestar y les impidan una adaptación apropiada.

En términos del momento del ciclo vital en que se encuentran, la mayoría de los estudiantes universitarios están transitando por el período de la adolescencia. En la adolescencia tienden a emerger con particular intensidad algunos problemas de salud mental que no se presentan con tanta frecuencia en etapas previas, como los trastornos del estado de ánimo y ansiedad. También en la adolescencia se acentúan conductas de riesgo como el consumo abusivo y la dependencia a sustancias y conductas "antisociales", se consolidan patrones desadaptativos como los trastornos de personalidad y existe una mayor vulnerabilidad al desarrollo de trastornos alimentarios. También algunas formas de psicosis, como la esquizofrenia, tienden a irrumpir en este momento de la vida.

Algunos investigadores han intentado identificar los factores más característicos y frecuentes de la vida universitaria que contribuyen al desarrollo de problemas de salud mental en los estudiantes. Estos son muy variados y presentan diferentes magnitudes y frecuencias que influyen negativamente en la conducta de los adolescentes. El interés se ha centrado en identificar qué tan a menudo y con qué intensidad los jóvenes se sienten estresados, y en reconocer cuáles son considerados por ellos mismos sus principales estresores. Mohd<sup>33</sup>, en un estudio realizado en una Universidad de Malasia, encontró que los principales factores que se asocian a la presencia de trastornos emocionales en estudiantes universitarios fueron: sentirse bajo presión por los exámenes, falta de apoyo familiar y experimentar presión por parte de sus profesores. Andrews y Wilding<sup>34</sup> encuentran que los principales estresores ligados con sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes universitarios ingleses son las dificultades económicas y relacionales.

Las exigencias académicas, ostensiblemente más acentuadas que las enfrentadas en la vida escolar, son reconocidas en diversos estudios, por los propios jóvenes, como uno de los factores que más los estresan, particularmente, la presión de los exámenes. Un factor a tener presente es que la presión académica propia de la vida universitaria se da a partir de un

---

<sup>33</sup> Mohd, Sh.. *Prevalencia de trastornos emocionales en estudiantes de una universidad en Malasia. Asia Pacific Family Medicine* (2), 213-217.

<sup>34</sup> Andrews, B. & Wilding, J. M. (2004). The relation of depression and anxiety to life- stress and achievement in students. *British Journal of Psychology*, 95, 509- 521.

cambio considerable en relación al sistema de enseñanza escolar, en el que los jóvenes son mucho menos autónomos.

La mayoría de las investigaciones centradas específicamente en la salud mental de los estudiantes universitarios se han focalizado en estudiar la presencia de síntomas emocionales, particularmente de sintomatología ansiosa y, especialmente, depresiva.

Andrews y Wilding<sup>35</sup> investigaron si la ansiedad y la depresión aumentan después de la entrada a la universidad en 351 estudiantes de Reino Unido. Estos completaron cuestionarios un mes antes de entrar a la universidad y a mediados del primer año de pregrado. Los resultados mostraron que el 9% de los estudiantes sin síntomas previos se tornaron depresivos a mediados de año, y el 20% se tornó ansioso en un nivel clínico significativo.

El consumo abusivo de sustancias y de alcohol en los jóvenes universitarios es otro tema generalizado de preocupación. En estudios recién efectuados en universidades nacionales, el 25% de los estudiantes mostró consumo de alcohol en un nivel de riesgo, indicando la alta frecuencia de esta problemática. Asimismo el uso de sustancias tóxicas se ha incrementado en forma alarmante.

Además de los trastornos depresivos, ansiosos y el consumo abusivo de alcohol y sustancias, que constituyen los problemas más comunes que

---

<sup>35</sup> Ibid. P. 53.

afectan la salud mental de los estudiantes universitarios, existen otras problemáticas que, si bien son menos frecuentes, tienen consecuencias tanto o más graves para su bienestar. Al respecto, se destaca la ideación y el intento suicida. Las tasas de conducta suicida en estudiantes universitarios se han visto alarmantemente incrementadas en la última década, razón por la cual se ha considerado de necesidad primaria iniciar campañas de promoción y prevención de riesgo de suicidio en los centros universitarios.

### 2.2.6 Manifestaciones de la Conducta Suicida

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

La conducta suicida, según el suicidólogo cubano Sergio A. Pérez Barrero <sup>36</sup>, abarca las siguientes manifestaciones:

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

---

<sup>36</sup> PEREZ BARRERO, Sergio "¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?" Pág. 18

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

motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.

- d. **La amenaza suicida.** Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.
- e. **El gesto suicida.** Es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.
- f. **El intento suicida,** también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.
- g. **El suicidio frustrado.** Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.
- h. **El suicidio accidental.** El realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto.

También se incluyen los casos en los que no se previeron las complicaciones posibles, como sucede en la población penal, que se

auto agrede sin propósitos de morir, pero las complicaciones derivadas del acto le privan de la vida (inyección de petróleo en la pared abdominal, introducción de alambres hasta el estómago o por la uretra, etc.)

- i. **El Suicidio intencional.** Es cualquier lesión auto infligida deliberadamente. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo desee morir o no, pues en este último caso estaríamos ante un suicidio accidental, en el que no existen deseos de morir, aunque el resultado haya sido la muerte.

La conducta suicida ha convivido con la conducta humana desde los comienzos de la civilización. Sin embargo, no existen elementos suficientes para establecer perfiles y compararlos con los patrones actuales; aunque pareciera que el comportamiento casuístico actual del fenómeno del suicidio se estaría inscribiendo dentro de una curva ascendente, ello debido a un indeterminado número de factores como la situación económica recesiva, la crisis moral, familiar, pobreza extrema, desempleo, elevado número de casos de alcoholismo crónico y otras drogadicciones, entre otras problemáticas sociales.

La conducta suicida generalmente resulta de la interacción de varios factores:

- Trastornos mentales (fundamentalmente depresión y abuso de sustancias).
- Factores sociales (desilusión, pérdida y ausencia de apoyo social).

- Trastornos de la personalidad (impulsividad y agresión).
- Una enfermedad orgánica incurable.

Los estados del proceso suicida son:

- Primer estado: fase sintomática disfórica (malestar), surge la primera idea de suicidio, si bien la reacción inicial es de oposición;
- Segundo estado: la idea va tomando cuerpo. No ve otra salida. El 40% lo comunica al médico, psicólogo o sacerdote y el 80% a sus familiares y conocidos;
- Tercer estado: tranquilidad y calma antes de la tormenta. Ya está decidido el cómo, el cuándo y el donde.

La conducta suicida, previamente a la consumación del acto suicida, comprende la ideación o pensamiento suicida y el intento de suicidio.

#### **A. Ideación suicida**

Cuando hablamos de conductas suicidas no solo nos referimos al suicidio consumado sino también a la ideación suicida, a las amenazas o a las tentativas. La mayoría de autores coinciden en considerar estas conductas como un continuo. Desde esta perspectiva jerárquica, la ideación suicida constituye el primer eslabón o nivel de menor gravedad. A continuación, y por orden de severidad, le siguen las amenazas, las tentativas de suicidio, diferenciando entre leves y graves, y finalmente el suicidio consumado.

Los problemas de salud mental en los peruanos continúan reflejándose en cifras preocupantes. Un estudio realizado por el Instituto especializado de salud mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi<sup>37</sup> señala que el 34 % de adultos de Lima pensó en suicidarse alguna vez en su vida – en la sierra fue el 30% y en la Selva el 32%. La mayoría lo pensó por problemas económicos e insatisfacción laboral. En el caso de adolescentes, el 29% de ellos pensó alguna vez en el suicidio y el 3.6% lo intentó, muchas veces por conflictos familiares y problemas sentimentales. El 28% de estos lo volvería a hacer.

No obstante, a pesar de que generalmente los deseos de morir y las amenazas anteceden a las tentativas y estas a su vez preceden en muchos casos a los suicidios consumados, es probable, tal como apuntan Wilde, Kienhorst y Diekstra<sup>38</sup>, que este modelo no sea aplicable a todos los casos ya que en algunas personas la conducta suicida podría haber surgido de un modo no jerárquico.

La ideación suicida puede considerarse una expresión temprana de vulnerabilidad y abarca desde manifestaciones vagas de poco valor de vida hasta propósitos autodestructivos más definidos. Villardón<sup>39</sup> señala que “de todo pensamiento suicida no siempre sigue la conducta autodestructiva, pero sí a todo suicidio le precede un estado mental de interiorización del mismo. Este estado mental estaría

---

<sup>37</sup> VASQUEZ, Fredy. *Análisis de la conducta suicida en el Perú*. Pág. 4

<sup>38</sup> WILDE, E.J. et.al. *El suicidio en la adolescencia* Pág. 119

<sup>39</sup> VILLARDÓN, L. *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*

caracterizado por la desesperanza, baja autoestima y autoimagen deteriorada, predicciones de fracaso, depresión, e instrumentalización del suicidio como medio de resolver las dificultades”. La autora parte de una teoría socio individual, por lo que comprende que la ideación suicida no surge de una manera espontánea, sino que en su aparición influyen distintos aspectos y dimensiones de la persona: psicológico, psicosociológico, biológico y social.

Las ideas suicidas son más comunes entre quienes han intentado auto eliminarse, se asocian a la severidad del intento y con mayor probabilidad de repetición. Al constituir un importante indicador de riesgo, las ideas suicidas deben explotarse cuidadosamente. Debe considerarse que las dos terceras partes de quienes se quitan la vida han comentado previamente su propósito. Tales expresiones pueden ser verbales o no verbales (por ejemplo preparativos, regalar objetos o bienes).

Por otra parte, la ideación suicida es un fenómeno muy habitual durante la infancia y la adolescencia. Tal es la magnitud de su prevalencia en niños y adolescentes, que en algunos países, como por ejemplo Estados Unidos, ya empiezan a considerarla como algo normal. Y es que ciertamente las cifras que se aportan si bien son significativas, estas no representan la verdadera dimensión en que están presentes en el pensamiento de los jóvenes. Según una revisión realizada por Diekstra, Kienhorst y Wilde<sup>40</sup> entre el 15% y el 53% de los adolescentes habría deseado alguna vez morir,

---

<sup>40</sup> DIEKSTRA, R., et.al. Suicide and suicidal Behaviour Among Adolescents.PP. 686-753.

efectuándose este pensamiento suicida de una forma duradera y recurrente lo cual es considerado de alto riesgo para la sucesión de hechos consumados.

La gravedad de la ideación suicida reside en su persistencia o estabilidad temporal. Algunos estudios, parecen indicar una cierta estabilidad en un considerable porcentaje de casos, concretamente el 50% después de dos años de seguimiento, pudiendo variar este porcentaje de acuerdo a las oscilaciones del estado de ánimo a las fuertes presiones emocionales y a distintos factores desencadenantes que pueden influir en los impulsos de los jóvenes. Más recientemente, Domenech Llabería, Canals y Fernández-Ballart<sup>41</sup> han observado que el 27% de las niñas y el 18,4% de los niños mantienen estas ideas después de tres años de seguimiento.

Aunque la posibilidad de pensar alguna vez en quitarse la vida está latente en todo ser humano a cualquier edad, según el psiquiatra Pedro Morales<sup>42</sup> hay cuatro llamados o expresiones principales que llevan a una persona a tener ideas suicidas e intentar quitarse la vida. Estas son: un reclamo poderoso de atención y de ser escuchado, una respuesta de venganza hacia una persona que le ha hecho daño, una expresión de culpa por entender que se ha fallado o se ha violado una regla, por un sentimiento de frustración personal abrumante o una sensación inmensa de vacío, soledad y pérdida de gusto por la vida.

---

<sup>41</sup> DOMENECH, E. et.al. *Suicidal ideation among spanish school children: a three-year follow-u study of a pubertad population. Personality and Individual Differences*, Págs.1055 – 1058.

<sup>42</sup> MORALES, Pedro *Apuntes sobre el suicidio*. Pág. 9

## B. Intento de suicidio

También denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.

Hay que considerar que todo intento suicida implica un riesgo potencialmente alto que puede terminar en muerte segura, muchas veces sin tener esta intención. En las últimas décadas se ha observado la creciente incidencia del intento de suicidio entre adolescentes y jóvenes adultos sin una explicación clara para este fenómeno.

Según Ladame<sup>43</sup> “el suicidio es frecuente, pero aún más el intento suicida. La información epidemiológica sobre el intento suicida es poco confiable por el subregistro, mal registro de la causa de muerte, deficiente comunicación, etc., pero los estudios internacionales describen prevalencias en la población general entre 0.04% y 4.6% durante el ciclo vital y 0.8%/año para todas las edades; la relación entre intento suicida y suicidio fluctúa entre 6:1 a 25:1, con un promedio de 18:1 en el mundo; el intento de suicidio por adolescentes es cerca de 100 veces más frecuente que el suicidio consumado. del total de las personas que intentan suicidarse terminan en suicidio posteriormente entre 10% y 15%”. muy pocos países en el mundo tienen datos fidedignos sobre el comportamiento suicida no mortal; la razón principal reside en la dificultad de recopilar la información. Sólo una

---

<sup>43</sup> LADAME, F “Tentativas del suicidio adolescente”. Masson. Paris. Vol. 1 P. 87 1988

minoría de los que intentan suicidarse van a los establecimientos de salud para recibir atención médica, por diversas razones. En algunos países en desarrollo, la tentativa de suicidio, sigue siendo un delito penado. Por otra parte, en muchos lugares no es obligatorio notificar las lesiones. Otros factores determinantes son: la edad, la cultura y la accesibilidad a la atención de salud.

Hay algunos datos que indican que, en promedio sólo cerca del 25% de los que llevan a cabo actos suicidas hacen contacto con hospitales, posiblemente uno de los mejores lugares para la recopilación de datos y, estos casos, no son necesariamente los más graves. Los casos informados, son por lo tanto, la punta del iceberg y la gran mayoría de las personas suicidas siguen pasando inadvertidas.

Las cifras indican que el comportamiento suicida no mortal es más prevalente en los jóvenes que en las personas mayores. Por otra parte, las tasas de comportamiento suicida no mortal tienden a ser de 2 a 3 veces más frecuentes en mujeres que en hombres.

Un intento de suicidio es uno de los fuertes predictores de suicidio. Quienes han efectuado una tentativa presentan un riesgo 100 veces mayor que el de la población general de auto eliminarse. Se estima que eventualmente el 10% pone fin a su vida, y alrededor del 30% de quienes cometen un intento lo reitera en el futuro.

Se ha encontrado que el período de mayor vulnerabilidad al suicidio es el primer año tras la tentativa. Por otra parte, los intentadores exhiben

tasas de morbilidad por diversas causas varias veces mayores a las esperadas, así como una evolución clínica comprometida en el largo plazo.

Una historia de tentativas previas es una poderosa predictora de repetición, y su número se asocia directamente a mayor riesgo de reintentos. Antecedentes remotos tales como exposición a conducta suicida en la infancia separación temprana respecto de los padres y una niñez estimada como infeliz también elevan el peligro.

La severidad del intento es una variable altamente relevante para el pronóstico suicidal. Se ha demostrado que la severidad del intento -evaluado como intención suicida- se asocia al riesgo eventual de suicidio. Los sujetos de mayor edad efectúan intentos más severos, y tienen mayor riesgo de auto eliminarse que grupos más jóvenes. Son comunes las recurrencias suicidales, así como las ideas de suicidio y la desesperanza. Estas características le confieren un perfil similar al de quienes cometen un intento suicida exitoso.



### C. Suicidio consumado

El suicidio es, en general, la segunda o tercera causa de muerte entre los 15 y 26 años, aunque en algunos países, como Japón y Dinamarca, es la primera causa de muerte. Diekstra<sup>44</sup>.

Las tasas de suicidio consumado entre adolescentes y jóvenes varían bastante dependiendo de los países que consideremos y de determinadas variables socio demográficas. Así por ejemplo, encontramos cifras que oscilan entre 0,4 y el 33,5 por 100.000 habitantes.

Al igual que en el resto de grupos de edad, los suicidios consumados son más frecuentes entre chicos que entre chicas, en proporciones que oscilan entre 2/1 al 5/1. Como término medio, la razón podría establecerse en torno 3/1.

Es preocupante que las tasas de suicidio en adolescentes y jóvenes adultos se hayan triplicado en los últimos 30 años. En EE.UU, entre los años 1979 y 1986, se ha encontrado un aumento porcentual medio de más del 70% en hombres y de más del 40% en mujeres, en una muestra de 19 países de todo el mundo.

En el Perú, la cantidad de suicidios consumados es de aproximadamente 450 a 500 por año, correspondiendo el 30% a niños y adolescentes con una tendencia ascendente, lo cual es muy preocupante.

---

<sup>44</sup> DIEKSTRA, R. Ob.cit. Págs. 686-753

### 2.2.7 Tipos de Suicidio

De acuerdo a los autores existen variedad de tipos de suicidios, siendo la más conocida la clasificación de Durkheim<sup>45</sup>. Según este notable sociólogo encontramos los llamados **suicidios egoístas**, que sedan comúnmente en las personas excesivamente individualistas y es propio de las sociedades más avanzadas. Este tipo de suicidio es más común en los individuos poco integrados a los grupos sociales de los que forman parte desconociendo reglas de conducta diferentes a las suyas.

**El suicidio altruista** es la versión opuesta al anterior. Sucede por una excesiva "integración" del sujeto con la sociedad a la que pertenece, al punto tal, que la personalidad individual no cuenta, pues se encuentra muy comprometida con el grupo social en el que interactúa. El individuo se somete con abnegación a las leyes y costumbres de su sociedad, de tal modo que se suicida porque piensa que ese acto es un deber. Un ejemplo es el "HaraKiri" practicado en las antiguas sociedades japonesas.

**El suicidio anómico** es el de mayor relevancia en el estudio de Durkheim. La anomia es la falta de normas y de leyes que regulen la actividad humana y generalmente se produce en momentos de crisis sociales agudas, de transformaciones en las estructuras y valores culturales. Este autor explicó, que no es cierto que las sociedades pudieran actuar libre de normas, valores y leyes regulatorias, debido a la característica gregaria del

---

<sup>45</sup> DURKHEIM, Emile. Ob. cit. Pág.189

hombre. Algunas personas no soportan los cambios en estas normas y formas de vida y llegan al suicidio. Por ejemplo, cuando una persona se divorcia o se le muere un ser querido, lo cual genera alteraciones en su estructura y

**El suicidio fatalista** es la versión opuesta al anterior. Aquel sucede por el cambio de normas que regulen la conducta humana. Este afecta a aquellas personas que no aceptan las normas y se sienten reprimidas en sus sentimientos, pasiones y limitados en su futuro. Pueden ser hijos de padres estricta y agresivamente disciplinados o extremadamente moralistas.

Otros autores más recientes nos hablan de los **suicidios escapistas**, practicados por aquellas personas cuya motivación es salir huyendo hacia la muerte de una situación que les resulta insostenible. **Suicidios agresivos** que son una especie de venganza moral, cuyo objetivo es provocar remordimientos en los demás. **Los suicidios oblativos** en donde el sentimiento es el sacrificio para alcanzar un valor superior a la vida misma. **Los suicidios lúdicos** que suceden cuando el individuo establece una especie de juego con la muerte, en donde se da oportunidades para morir mientras juega con su propia vida, como por ejemplo, la práctica de la ruleta rusa.

Todos los tipos de suicidios son considerados en la actualidad como un déficit en el instinto de conservación de algunos humanos. El consumo en exceso de drogas y alcohol, son expresiones indirectas de apatía y desinterés por la vida. Otra forma indirecta de autodestrucción es la de aquellos que conducen de forma "suicida". Los que se "matan trabajando", los fumadores,

los diabéticos que no cuidan su dieta. Todo aquel que reta la vida más allá de los límites de lo rutinario, está manifestando algún tipo de conducta autodestructiva.

### **2.2.8 Motivaciones del Comportamiento Suicida**

Es difícil determinar cuáles son los motivos que llevan a una persona a tomar esta brutal decisión y se puede afirmar que éstos son particulares en cada ser. Esto se explica de la siguiente manera: si tomamos el caso de un individuo que se quita la vida a causa de una desilusión amorosa, podemos decir que no todas las personas que sufren esto, cometen suicidio. El fundamento de esto es que cada persona se organiza psicológicamente de diferentes formas. A veces esta organización psicológica de la persona resulta patológica y esto es lo que en definitiva facilita la toma de esta decisión, dicho en otras palabras: esta organización psicológica patológica de la persona es la que la predispone muchas veces al suicidio. Tomando el ejemplo dado: aquellas personas que tienen una organización patológica, son aquellos que ante una desilusión amorosa como en este caso, tendrán mayor disposición a cometer suicidio.

En el suicidio existe influencia de factores psicológicos que incluyen no solo la personalidad y los aspectos psicossomáticas del individuo, sino también las motivaciones de su comportamiento suicida.

Serfaty<sup>46</sup> señala que “las motivaciones interpersonales se producen cuando el suicida trata de provocar una acción por parte de otras personas y un cambio de actitud o sentimiento de las mismas, o ambas cosas a la vez. Por lo tanto se considera al comportamiento suicida como medio de influencia, persuasión, cambios, etc. sentimiento o conducta de otro que suele ser alguien con una estrecha relación con el suicida como por ejemplo miembro de su familia” A veces, puede ocurrir que el objeto de esa conducta sea más general e incluso puede ser la misma sociedad.

Hay casos de suicidas que es difícil distinguir si predominan motivaciones interpersonales o intrapersonales. Parece ser que ambas actúan de igual forma, pero no con la misma fuerza en los diferentes momentos.

### **2.2.9 Factores Precipitantes del Suicidio**

Como tales entendemos a todas aquellas circunstancias, que han sucedido o se describen que pueden suceder en los momentos previos al suicidio y a las que se les puede atribuir una relación causal. En toda la bibliografía consultada se citan: desengaños, disgustos familiares, problemas socioeconómicos y profesionales, dolor asociado a enfermedades físicas, causas derivables de enfermedad mental, conflictos interpersonales, separaciones y disolución del núcleo familiar, rechazos, vergüenza, humillación, pérdida del ser querido, etc.

---

<sup>46</sup> SERFATY, Edith *Suicidio en la adolescencia*. Revista Adolescencia Latinoamericana N°1 Pág. 105 – 110.

En mi trabajo de investigación, encuentro que los desencadenantes más frecuentes en los adolescentes son problemas sentimentales y familiares, rupturas con su pareja y discusiones o incomprensión por parte de los padres. También es necesario considerar como precipitantes el consumo de drogas y de alcohol, el fracaso estudiantil, pero en una medida no tan relevante como las anteriores.

Montalbán<sup>47</sup> considera que “la conducta suicida es muy compleja y podríamos atribuirle una multicausalidad. Después de muchos años de experiencia, me sucede que no sé cuál es la dinámica que empuja al paciente del pensamiento a la acción, y por ello me atrevo a concluir especulando que debe de existir un misterioso motor vital, cuyo origen y función se nos escapa al conocimiento pero que nos impulsa a seguir vivos pase lo que pase”. El suicidio se produciría por un fallo en su funcionamiento y este hipotético motor debe de estar muy relacionado con el funcionamiento cerebral, dada la enorme patología psiquiátrica previa en pacientes que cometen actos suicidas.

Schneiderman<sup>48</sup> considera que en la conducta suicida de los adolescentes influyen cuatro situaciones:

1. La conducta suicida impulsiva, que generalmente se presenta después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo;

---

<sup>47</sup> MONTALBÁN, Ros. *La Conducta Suicida*. P. 40

<sup>48</sup> SCHNEIDERMAN, M. *Muerte por suicidio. Un caso de duelo complicado*. Pág. 126

2. la sensación de que la vida no vale la pena, sentimiento que suele resultar de un estado depresivo. Aquí, el adolescente considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán; patología psiquiátrica previa en pacientes que cometen actos suicidas.

3. una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pensar que “no hay otra salida”, y

4. el intento suicida como medio de comunicación, en donde el joven no desea morir pero, quiere comunicar algo por medio del suicidio y, así, cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean. También puede ser un intento por atraer el interés de los demás o un medio para expresar sus sentimientos de enojo.

#### **2.2.10 Factores de Riesgo de Suicidio del Adolescente**

Los adolescentes que intentan el suicidio se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, entre los que se encuentran:

- Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional
- Estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz.
- Presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva.

- Mayor exposición a eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales.

Es importante señalar los siguientes **factores de riesgo**:

a) **Factores Demográficos.**

El género masculino comete más suicidio que el femenino, siendo la proporción de 4:1. Las mujeres hacen más intentos en la misma proporción. En cuanto el intento acontece predominantemente en mujeres entre 20 y 29 años. Mientras el suicidio completo acontece mayormente en hombres mayores a 50 años. Abreu<sup>49</sup>. En la etapa de los 15 a los 24 años, el suicidio es la tercera causa de muerte, siendo más común en los jóvenes de clase social baja, con tratamiento psiquiátrico previo, con historial de homosexualidad, con algún trastorno de la personalidad y/o abuso de sustancias y con intento de suicidio previo. Forster<sup>50</sup>. El riesgo de suicidio generalmente aumenta con la edad (por arriba de los 45 años), siendo especialmente grave en la vejez. Berger<sup>51</sup>. Los enfermos tienen menos intentos que los jóvenes, pero con mayor frecuencia logran su cometido. Los factores de riesgo en los enfermos incluyen: aislamiento, salud precaria, depresión, alcoholismo, baja autoestima, sentimientos de rechazo familiar y social.

---

<sup>49</sup> ABREU, N. *Un acto de violencia: tentativa de suicidio*. Págs. 225-227

<sup>50</sup> FORSTER, P.L. et.al. *Comportamiento suicida* En: *Psiquiatría: Diagnóstico y tratamiento*. Págs. 585 – 590.

<sup>51</sup> BERGER, L. *El suicidio en la tercera edad*. Pág. 222

Frecuentemente el enfermo da indicios comportamentales y/o verbales directos e indirectos de su intención suicida, por eso es más importante valorar el riesgo suicida en estos individuos

b). **Factores Psicológicos.**

La mayoría de los pacientes suicidas tienen una historia reciente de pérdida, que puede ser real, imaginada o temida, y existe un evento reciente en la vida de la persona que parece funcionar como desencadenante, como divergencia o pérdida de alguien importante, discusión de una relación amorosa, embarazo no deseado o aborto reciente Botega,<sup>52</sup>.

El carácter de impulsividad, de dependencia a expectativas irrealistas, pueden interferir en el riesgo de suicidio. “Una persona impulsiva, puede, súbitamente, pensar que el suicidio terminaría con su sufrimiento y actuar en consecuencia” Zimmermann,<sup>53</sup>. “El suicidio impulsivo esta frecuentemente asociado con el abuso de alcohol o de sustancias y puede ocurrir mientras la persona se encuentra intoxicada o en abstinencia” Ebert<sup>54</sup>. Individuos que son dependientes de otros para mantener su autoestima, a pesar del apoyo existente, siempre se sienten frustrados y pueden acabar intentando el suicidio. Personas con expectativas irrealísticamente altas para sí y para otros, frecuentemente sufren profundas decepciones, con el consiguiente aumento de riesgo de suicidio.

---

<sup>52</sup> BOTEGA,N.J. *Tentativa del suicidio* Pág. 365

<sup>53</sup> ZINMERMANN,P.R. et.al. *Apuntes de riesgo de suicidio*. En: Acta Médica. Págs. 333-342.

<sup>54</sup> EBERT,M.H., et.al. *Comportamiento suicida* . Pág.585

La presencia de un trastorno psiquiátrico está íntimamente relacionada con el suicidio. Se considera que el 50% o más de los suicidios consumados, son efectuados por personas con trastornos del humor, especialmente depresión. El abuso o dependencia de alcohol está presente en alrededor del 20 al 25% de los que se suicidan. También se observan tasas elevadas en la esquizofrenia (particularmente en quienes cursan con alucinaciones o delirios de mando), los síndromes cerebrales orgánicos y los trastornos de personalidad grave (generalmente de tipo borderline o narcisista) pasan la vida “cortejando” al suicidio y en algunos momentos tienen dicho riesgo crónico reagudizado por algún conflicto coyuntural.

c). **Factores Sociales**

El suicidio es asociado con escaso apoyo social. El individuo que tenga uno o dos grandes amigos está más protegido que aquel que vive aislado, vive solo o tiene pocos amigos. Los individuos viudos, se suicidan más que los solteros, divorciados y casados. Cataldo<sup>55</sup>. El casamiento, reforzado por los hijos, parece disminuir significativamente el riesgo de suicidio. La familia desestructurada o en conflicto permanente aumenta el riesgo de suicidio de sus integrantes. El asilamiento social, se asocia con riesgo de suicidio, pero no todas las relaciones sociales protegen al individuo: sectas religiosas, grupos terroristas y prisioneros están más propensos al suicidio.

---

<sup>55</sup> CATALDO, N.A. *El médico y el paciente suicida*. Revista Médica PUCRS Págs. 86-90.

d). **Factores Ambientales**

La actividad profesional es un factor clave en el riesgo de suicidio. En cuanto el trabajo ejercido por el individuo es satisfactorio y compensador, se torna en un factor que disminuye el riesgo de suicidio; en cuanto es una fuente de problemas y estrés se puede transformar en un factor de riesgo. Entre las profesiones de mayor riesgo están la carrera militar y la medicina. Pues estos tienen mayor conocimiento de cómo morir. Entre los médicos los más afectados son los psiquiatras.

La jubilación, cuando no fue bien elaborada, puede venir acompañada de desesperanza, sentimientos de incapacidad e improductividad, además de depresión, pudiendo tornarse en un factor de riesgo. Mientras más alta es la posición social del individuo, mayor es el riesgo de suicidio, el descenso de la posición social también aumenta el riesgo.

e). **Factores Neurológicos**

El comportamiento suicida está asociado con una deficiencia de serotonincerebral. Personas que intentan el suicidio tienen un metabolito de serotonina, el ácido 5-hidroxiindo-acético (5-HI AA), disminuido en el líquido cefaloraquídeo, asociado con hiperactividad del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal con altos niveles de cortisol libre en la orina. Variaciones funcionales en cada una de las etapas del metabolismo de la serotonina, secundarias a variaciones genéticas, pueden estar en el origen de las variaciones en la expresión del fenotipo.”Es interesante que tales tasas están presentes en pacientes con comportamientos suicidas,

independientemente de depresión u otros trastornos psiquiátricos, trazando una proporcionalidad con letalidad de la tentativa de suicidio”  
Abreu<sup>56</sup>

### 2.2.11 Factores Protectores de Riesgo de Suicidio en Adolescentes

El suicidólogo Pérez Barrero<sup>57</sup> señala que entre los factores protectores del suicidio se encuentran los siguientes aspectos:

- a. Poseer habilidades sociales que le permitan integrarse a los grupos propios de la adolescencia en la escuela y la comunidad de forma positiva
- b. Poseer confianza en sí mismo, para lo cual debe ser educado destacando sus éxitos, sacando experiencias positivas de los fracasos, no humillarlos ni crearles sentimientos de inseguridad
- c. Tener habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades, lo cual les evitará someterse a eventos y contingencias ambientales en las que probablemente fracasará.
- d. Poseer y desarrollar una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia, perseverancia, razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad.
- e. Tener buena autoestima, autoimagen y suficiencia.

---

<sup>56</sup> ABREU, N. *Un acto de violencia: tentativa de suicidio*. Págs. 225-227

<sup>57</sup> PEREZ BARRERO, Sergio *Manejo de la crisis suicida del adolescente*. Vol. N° 4. Pág.16.

- f. Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a la madre, el padre, los abuelos, otros familiares, un buen amigo, los maestros, el médico, el sacerdote o el pastor.
- g. Saber pedir consejos ante decisiones relevantes y saber elegir la persona más adecuada para brindarlos.
- h. Ser receptivo a las experiencias ajenas y sus soluciones, principalmente aquellas que han tenido exitoso desenvolvimiento.
- i. Mantener buenas relaciones interpersonales con compañeros de estudio o trabajo, amigos, maestros y otras figuras significativas.
- j. Tener apoyo de los familiares y sentir que se le ama, se le acepta y apoya.
- k. Evitar el consumo de sustancias adictivas (café, alcohol, drogas, tabaco, fármacos, etc.)
- l. Saber expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos, desagradables y muy molestos, incluyendo las ideas suicidas u otras, por muy descabelladas que pudieran parecer.

#### **2.2.12 Prevención del suicidio en adolescentes**

Los programas tradicionales de prevención ponen énfasis excesivo en las acciones de suministro de conocimiento y de modificación de actitudes frente a los factores de riesgo, en detrimento de las acciones de capacitación necesarias para la práctica de conductas alternativas a los comportamientos de riesgo.

La prevención de conductas suicidas en la adolescencia entraña un nivel de dificultad tan elevado como la determinación misma del conjunto de factores que están implicados en dichas conductas.

Pese a que no existe un acuerdo generalizado sobre las funciones de cada uno de los niveles de prevención, se suele admitir comúnmente la división en tres tipos fundamentales que algunos autores equiparan a los conceptos de prevención, tratamiento y rehabilitación: prevención primaria, secundaria y terciaria.

En líneas generales se habla de prevención primaria en suicidología cuando nos referimos a la intervención previa a la aparición de la intención suicida misma. Algunas de las tareas que adquirirán especial relevancia a este nivel serán la de realizar una adecuada educación para la salud y la detección de grupos de alto riesgo, a los que deberán dirigirse fundamentalmente los esfuerzos en materia de prevención. Para muchos autores la prevención primaria no debe ser entendida únicamente como la prevención de la tentativa de suicidio, sino que debe prevenir también la ideación misma; incluso se ha señalado que la prevención primaria debe tener su inicio ante la detección de la indiferencia por la vida. Desde esta perspectiva, “la prevención primaria es una secuencia típica de los actos suicidas que irían desde la indiferencia por vivir a la repetición de actos suicidas, pasando por sufrimiento de vivir, deseos de morir, ideas de suicidio, ambivalencia, hasta llegar a la decisión y al acto suicida.

El segundo nivel de prevención, o prevención secundaria, vendría a centrarse en el paciente que ya ha cometido un acto suicida o está a punto de hacerlo (intervención en crisis) Las tareas prioritarias de este segundo nivel serían las de atender al paciente hasta garantizar la ausencia de peligro vital, o bien la detección de aquellas personas que se encuentran en la antesala de la tentativa suicida, habiendo dado ya serios “avisos” y “muestras” de la intención que se está madurando. Conviene, por otra parte, no olvidar otra tarea importante como es proporcionar un adecuado apoyo y seguimiento ante el riesgo de repetición implícito en cada acto suicida. Al respecto, algunos autores indican que la mitad de las personas que atravesaron una crisis suicida y se suicidaron con posterioridad, lo hicieron en los tres meses siguientes a la tentativa previa.

Por último, la prevención terciaria se centra en el objetivo de paliar, en la medida de lo posible, los efectos del acto suicida fallido respecto a la calidad de vida y al bienestar subjetivo posterior.

### **3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

En lo que se refiere a investigaciones relacionadas con el presente tema de estudio, se puede señalar que en nuestro país se desconocen. Existen, más bien, trabajos orientados hacia la conducta suicida en su relación con la depresión y con los factores de riesgo suicida; pero, específicamente sobre actitudes respecto a la conducta suicida, no existen. Sin embargo, considero importante indicar que se han realizado muy

interesantes investigaciones afines dirigidas a la ideación suicida, al intento y al suicidio propiamente dicho en adolescentes, en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, a través de su programa de prevención del suicidio y en otros centros especializados destacándose CEDRO<sup>58</sup> por su organización y trabajo sistematizado. Asimismo, hago referencia de mi investigación de tesis de Maestría sobre los factores de riesgo que inciden en la conducta suicida en estudiantes universitarios.

A continuación, señalo a los principales autores de investigaciones efectuadas en cuanto a la relación de las actitudes con la conducta suicida en adolescentes. Lamentablemente no existen trabajos de autores nacionales razón por la cual cito a algunos extranjeros, entre ellos:

**Sergio Pérez Barrero (1997)**

Se le puede considerar como el más destacado suicidólogo de Latinoamérica, es consultor y autor de varias obras e investigaciones sobre el suicidio en niños y adolescentes entre las que figuran “¿Cómo evitar el suicidio en los adolescentes?” y “Guías para la prevención del suicidio en niños y adolescentes”. Este médico psiquiatra realizó el trabajo de investigación “Actitudes hacia el Suicidio en los Estudiantes de Medicina”<sup>59</sup>. Empleó una muestra de 113 estudiantes de medicina cubanos y españoles, efectuándose el estudio en el hospital psiquiátrico de la Habana. Utilizó como instrumento la “Escala de

---

<sup>58</sup> CEDRO *Suicidio* Capítulo 4 Área de trabajo N° 2. Pág. 4

<sup>59</sup> PEREZ BARRERO, SERGIO *Actitudes hacia el suicidio en estudiantes de Medicina*. Rev. Psiquiatría Cubana. Cap.3. Pág. 16.

Actitudes hacia el Suicidio” de su autoría y que ha sido estandarizada en varios países latinoamericanos por su alta confiabilidad y validez.

Las conclusiones de este trabajo son las siguientes:

- 1.- Los estudiantes encuestados no consideran el suicidio como un derecho del individuo, tampoco ayudarían a otros a cometerlo ni aceptarían la creación de una institución que auxilie a las personas a tal fin.
- 2.- Los estudiantes encuestados consideran que el suicidio debe ser prevenido
- 3.- Los estudiantes encuestados no establecieron en sus respuestas diferencias por vínculos afectivos con relación a las opiniones sobre los que intentan cometerlo
- 4.- Existen notables diferencias en las actitudes hacia el suicidio entre los estudiantes de Medicina de Granma, Cuba y los de otros países.

Este notable investigador del fenómeno del suicidio es de la opinión que las actitudes constituyen un importante factor de riesgo de suicidio en los adolescentes y considera que deben efectuarse estudios más amplios sobre esta relación.

**Juan Carlos Méndez, Alfredo Opgaard, Jimmy Reyes (1989-1999)**

Efectuaron el estudio descriptivo “Suicidio en la Región de Antofagasta:

¿Existe una tendencia creciente?”, el cual estuvo destinado a determinar la incidencia de suicidios en la región de Antofagasta entre los años 1989-1999, y conocer la tendencia observada en ese lapso de tiempo así como los factores que pueden influir en el incremento del suicidio. Se revisó la totalidad de los certificados de defunción del período. Se diseñó un instrumento de recolección de información que fue aplicado a cada caso. Se encontró un total de 319 muertes, de las cuales 275 fueron hombres y 44 mujeres. Relación Hombre/Mujer de 5,4/1. En ambos sexos más de dos tercios de los casos ocurrieron en menores de 45 años. Se confirmó el efecto edad descrito en otros estudios. Se observó una tendencia creciente del suicidio en el sexo masculino en población joven en edad productiva. Se enfatiza la necesidad de mirar este fenómeno como un problema de salud pública y la necesidad de implementar un programa de monitoreo e intervención en esta materia.

Se ha planteado que distintos factores pueden influir en el incremento del fenómeno suicidio: 1. Aumento en la prevalencia de trastornos depresivos. 2. Aumento en el consumo de drogas y la correspondiente reducción en la edad de inicio del consumo. 3. Cambios psicobiológicos importantes tales como la reducción de la edad de inicio de la pubertad. 4. Incremento del número de estresores sociales que afectan a los jóvenes. 5. Cambios en la actitud hacia el suicidio.

**Jeannette Roselló y Mayra N. Berríos Hernández (2004)**

Ambas autoras, realizaron un estudio sobre “Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes Puertorriqueños/as”. En este estudio correlacional participaron 113 adolescentes, 61 féminas y 52 varones. De esta muestra clínica, 49% provenía de escuelas públicas y 51% de escuelas privadas del área metropolitana de San Juan. Los/as participantes eran parte de un amplio estudio que consistía en explorar la eficacia de dos modelos diferentes de intervención para adolescentes con depresión clínica. Para propósitos del presente estudio, los/as adolescentes fueron evaluados/as para riesgo suicida, sintomatología depresiva, actitudes disfuncionales, autoestima y eventos de vida negativos.

Se utilizaron como instrumentos: La Escala de Identificación de Riesgo Suicida en Adolescentes (IRSA), El Inventario de depresión CDD de Kovacs, La Lista de Eventos Estresantes de Coddington, La Escala de Auto concepto de Piers-Harris y La Escala de Actitudes Diferenciales (DAS) de Weissman y Beck. Un 66% de los/as adolescentes reportaron actitudes disfuncionales moderadas, un 15% actitudes disfuncionales marcadas, y un 19% un bajo nivel de actitudes disfuncionales.

Los hallazgos de esta investigación sugieren que existe una relación significativa entre las actitudes disfuncionales y la ideación suicida,

proveyendo evidencia adicional al estudio de Duarté y Rosselló<sup>60</sup>.

**José Antonio Ruiz Hernández, Juana M. Navarro-Ruiz, Ginesa Torrente**

**Hernández. (2005)**

Estos autores elaboraron en la Universidad de Murcia-España, una Escala de Actitudes denominada “Cuestionario de Creencias Actitudinales sobre el Comportamiento Suicida CCCS-18”<sup>61</sup> con la finalidad de obtener un instrumento breve y manejable para la evaluación de las actitudes hacia el suicidio. La muestra inicial fue de 60 ítems, construidos y revisados siguiendo criterios precisos, se administró a una muestra de 219 sujetos. Los análisis realizados concluyeron seleccionando 18 ítems con una estructura interna de cuatro factores: a). Legitimación del suicidio; b). Suicidio en enfermos terminales; c). Dimensión moral del suicidio y d). El propio suicidio. Tanto el cuestionario resultante como los factores identificados presentan buena consistencia interna (entre 0,73 y 0,87).

Los resultados obtenidos indican que las dimensiones del CCCS podrían estar estrechamente relacionadas con la propensión al comportamiento suicida. Finalmente se sugirieron estrategias para un ulterior desarrollo psicométrico del instrumento.

---

<sup>60</sup> DUARTÉ, Y. M., & ROSSELLÓ, J. “Riesgo Suicida, sintomatología depresiva y actitudes disfuncionales en adolescentes puertorriqueños/as”. *Revista Interamericana de Psicología*, 33, 219-234. 1999

<sup>61</sup> RUIZ, J.A., NAVARRO RUIZ, J.M., TORRENTE, G. “Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida CCCS-18”. Universidad de Murcia, España. 2005.

#### 4. OBJETIVOS

1. Identificar que actitudes básicas presentan los estudiantes de la Universidad Nacional “Jorge Basadre Grohmann” de Tacna, respecto a la conducta suicida.
2. Determinar cómo se presenta la conducta suicida en los estudiantes.
3. Determinar cómo influyen ciertas actitudes en la conducta suicida en los estudiantes

#### 5. HIPÓTESIS

Dado que las actitudes son estructuras psicosociales constituidas por elementos conductuales, cognoscitivos y sentimentales que predisponen al individuo a reaccionar de determinadas formas ante los estímulos sociales:

Es probable que exista una alta o significativa influencia de ciertas actitudes en la conducta suicida de los estudiantes de la Universidad Nacional “Jorge Basadre Grohmann” de Tacna.

### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

##### 1.1 Técnicas

La Observación Clínica y la Comunicación o Encuesta en su modalidad específica de cuestionario.

Se muestra a continuación la relación entre las Variables y las Técnicas

VARIABLE	INDICADORES	PROCEDIMIENTOS	TÉCNICA
<b>Actitudes</b>	Comportamiento	- Observación - Medición	- Observación Clínica
	Conocimientos	- Aplicación de Cuestionario	- Comunicación
	Afectividad	- Aplicación de Cuestionario	- Cuestionario - Entrevista
<b>Conducta Suicida</b>	Ideación Suicida	- Aplicación de Escala de Actitudes	- Comunicación
	Intento Suicida		

La Técnica de la Observación Clínica ha de permitir tomar los datos en forma directa de la realidad, tratando de superar los aspectos subjetivos, lo cual le da alta confiabilidad y validez al instrumento. Para esto, se ha elaborado una ficha clínica que contiene los datos personales del investigado y los aspectos conductuales referentes a las relaciones interpersonales y a los trastornos psicológicos que pudieran tener los estudiantes. La información a obtenerse será producto del desenvolvimiento de los estudiantes en su ambiente institucional y en su propia familia. Para su administración, inicialmente se ha de preparar el ambiente, se ha de validar el instrumento y luego se pedirá el consentimiento de las unidades de estudio, para luego pasar a las instrucciones y utilización de la misma.

La Técnica de Comunicación, en su modalidad específica de Cuestionario, permite obtener resultados con alta confiabilidad y validez en la medida de que haya sido debidamente elaborado, estandarizado y sometido a prueba piloto. Los cuestionarios que han de utilizarse son de

tipo estructurado y no estructurado y han de cumplir con los criterios de confiabilidad y validez exigidos; asimismo, se ha de seguir con todos los pasos señalados en la administración de la técnica de observación clínica.

## 1.2 Instrumentos (Anexos)

Se utilizará cuatro instrumentos de tipo estructurado y no estructurado

los cuales se especifican en el siguiente cuadro:

Variable	Indicador	Técnica	Instrumento	
			Tipo	Nombre
ACTITUDES	Comportamiento	Observación Clínica	Estructurado	Ficha de Observación Clínica
	Conocimiento	Cuestionario	No Estructurado	CCCS-18
	Afectividad	Cuestionario	No Estructurado	GICF
CONDUCTA SUICIDA	Ideación Suicida	Test	No Estructurado	SSI
	Intento Suicida			

- a) Ficha de Observación Clínica.- Elaboración personal (2008)
- b) CCCS-18 .- Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida de José A. Ruiz Hernández y Juana M. Navarro-Ruiz (2005)
- c) GICF.- Cuestionario de actitudes hacia el suicidio: componente afectivo (2003)
- d) SSI.- Escala Modificada de Ideación Suicida de Kovaks, Beck y Weissman (1979).

### 1.3 Materiales

Se utilizarán útiles de escritorio

## 2.- CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1 Ubicación Espacial

- **Precisión del lugar**

El proyecto de investigación tiene como ámbito general el Departamento de Tacna, su ámbito específico es la Universidad Nacional “Jorge Basadre Grohmann” y su ámbito institucional es el Depto. Psicopedagógico de la UNJBG.

### 2.2 Ubicación Temporal

- **Cronología:** 2008
- **Visión Temporal:** Actual o Coyuntural
- **Corte Temporal:** Transversal, se estudiará en un solo tiempo la variable de interés.

### 2.3 Unidades de Estudio

- a. **Opción a asumirse:** Universo
- b. **Manejo Metodológico**

- b.1 **Población Diana:**

- **Atributo:** Estudiantes que presentan conducta suicida
- **Magnitud:** 40

## b.2 Población Accesible:

### - Universo Cualitativo

#### . Criterio de Inclusión:

- . Sexo femenino y masculino
- . Edad entre 16 y 26 años

#### . Criterio de Exclusión:

- . Alumnos fuera del intervalo de edad
- . Alumnos de otras universidades

#### . Criterios de Eliminación:

- . Los que no asisten a las citas
- . Los alumnos retirados de la universidad
- . Los graduados de la universidad

### - Universo Cuantitativo: 30 estudiantes

### - Universo Formalizado:

SEXO	Nº
Masculino	14
Femenino	12
TOTAL	26

Del total, 13 estudiantes han tenido intento de suicidio y los 26 ideación suicida.

## 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN

### 3.1 Organización

- Se hará la Coordinación con el Jefe del Depto. Psicopedagógico

- Se preparará a las unidades de estudio
- Se pedirá el consentimiento de las unidades de estudio
- Se utilizará una prueba piloto para afinar los instrumentos
- La supervisión y el control será permanente

### 3.2 Recursos

a. Humanos:

Investigador: Pg. Leoncio Bravo de Rueda Torres

Colaborador: Pg. Carlos Pilares Fernández

b. Físicos: Infraestructura del Depto. Psicopedagógico

c. Económicos: Serán por cuenta del investigador

### 3.3 Validación de los Instrumentos

Se ha de considerar unidades piloto, las que se realizarán en el 5% de las

unidades de estudio con el fin de juzgar la eficacia y confiabilidad de los instrumentos y, a la vez, perfeccionarlo.

## 4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

### 4.1 Plan de Procesamiento de los Datos

a. **Tipo de Procesamiento**: Será de tipo manual y computarizado

b. **Plan de Operaciones**

b.1 Plan de Clasificación:

Se utilizará Matriz de Sistematización, cuya plantilla esquemática de dicha matriz se encuentra en anexos.

b.2 Plan de Recuento:

De tipo manual

b.3 Plan de Tabulación:

Se confeccionarán cuadros de entrada doble y de tipo literal y numérico

b.4 Plan de Graficación:

Se elaborarán gráficos, en barras dobles, acorde a los cuadros.

**4.2 Plan de Análisis de Datos**

- **Por el número de variables:**

Bivariado, cuya medición estadística, de acuerdo a mis variables, es la siguiente:

Variable	Indicadores	Carácter Estadístico	Escala de Medición	Técnica Estadística Descriptiva	Estadística Inferencial
<b>Actitudes</b>	Comportamiento	Ordinal	Ordinal	Distrib. de Frecuencias	-Chi cuadrado corregido de Yates. -Coeficiente Canónico
	Conocimiento	Ordinal	Ordinal	Distrib. de Frecuencias	
	Afectividad	Ordinal	Ordinal	Distrib. de Frecuencias	
<b>Conducta Suicida</b>	Ideación Suicida	Ordinal	Ordinal	Distrib. de Frecuencias	-Chi cuadrado corregido de Yates -Coeficiente Canónico
	Intento Suicida				

#### IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo Actividades	Año 2008												Año 2009															
	Agost.			Sept.			Oct.			Nov.			Dic.			May.			Jun.			Jul.						
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Prueba Piloto		—																										
Reestructuración de instrumentos					—																							
Recolección de Datos						—			—																			
Matriz de Sistematización										—			—															
Estructuración de resultados																	—				—							
Informe Final																												—

**ANEXO 2**  
**INSTRUMENTOS**

INSTRUMENTO 1

FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA			
Ficha N° .....			
Nombres y apellidos..... Edad.....			
Sexo..... Año de estudios..... Carrera profesional.....			
Estado conyugal..... Procedencia..... Fecha.....			
COMPORTAMIENTO			
1. Relaciones Interpersonales	NIVELES		
	Alto	Medio	Bajo
1.1 Relaciones con sus compañeros			
a. Trato			
b. Solidaridad, lealtad			
c. Trabajo en equipo			
1.2 Relaciones con sus profesores			
a. Trato, respeto			
b. Participación, comunicación			
c. Cumplimiento de obligaciones			
1.3 Relaciones con sus familiares			
a. Trato, respeto			
b. Individualidad, autonomía			
c. Comunicación, comprensión			
TOTAL :			
2. Trastornos Psicológicos	NIVELES		
	Alto	Medio	Bajo
2.1 Rasgos depresivos			
a. Tristeza, melancolía			
b. Autoestima			
c. Cumplimiento de obligaciones			
2.2 Rasgos agresivos/impulsivos			
a. Irritabilidad			
b. Violencia física o verbal			
c. Control de impulsos, tolerancia			
2.3 Rasgos de trastornos del aprendizaje			
a. Comprensión, realizac. Detarea			
b. Atención, concentrac., memoria			
c. Rendimiento académico			
2.4 Rasgos de trastornos Psicopatológicos			
a. Ansiedad			
b. Obsesión/compulsión			
c. Neuroticismo/psicoticismo			
TOTAL :			

## FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA

CALIFICACIÓN DEL COMPONENTE COMPORTAMENTAL			
1. RELACIONES INTERPERSONALES	NIVELES		
	Alto	Medio	Bajo
<b>1.1 Relaciones con sus compañeros</b>			
a. Trato	2	1	0
b. Solidaridad, lealtad	2	1	0
c. Trabajo en equipo	2	1	0
<b>1.2 Relaciones con sus profesores</b>			
a. Trato, respeto	2	1	0
b. Participación, comunicación	2	1	0
c. Cumplimiento de obligaciones	2	1	0
<b>1.3 Relaciones con sus familiares</b>			
a. Trato, respeto	2	1	0
b. Individualidad, autonomía	2	1	0
c. Comunicación, comprensión	2	1	0
TOTAL PUNTAJES	13 - 18	6 - 12	0 - 5
:			
2. TRASTORNOS PSICOLÓGICOS	NIVELES		
	Alto	Medio	Bajo
<b>2.1 Rasgos depresivos</b>			
a. Tristeza, melancolía	2	1	0
b. Autoestima	0	1	2
c. Cumplimiento de obligaciones	0	1	2
<b>2.2 Rasgos agresivos/impulsivos</b>			
a. Irritabilidad	2	1	0
b. Violencia física o verbal	2	1	0
c. Control de impulsos, tolerancia	0	1	2
<b>2.3 Rasgos de trastornos del aprendizaje</b>			
a. Comprensión, realizac. Detarea	0	1	2
b. Atención, concentrac., memoria	0	1	2
c. Rendimiento académico	0	1	2
<b>2.4 Rasgos de trastornos Psicopatológicos</b>			
a. Ansiedad	2	1	0
b. Obsesión/compulsión	2	1	0
c. Neuroticismo/psicoticismo	2	1	0
TOTAL PUNTAJES	17 - 24	8 - 16	0 - 7
:			

Las personas que obtienen un nivel bajo de relaciones interpersonales (puntajes de 0 – 5) y un alto rango de trastornos psicológicos (puntajes de 17 a 24) tienen un comportamiento de mayor tendencia hacia la adopción de actitudes suicidas.

INSTRUMENTO 2

Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida (CCCS-18)					
Cuest. N° .....					
Nombres y Apellidos.....Edad..... Sexo.....					
Año de estudios.....Carrera Profesional.....					
Procedencia.....Estado Conyugal..... Fecha.....					
<b>INSTRUCCIONES.</b> -Conteste el siguiente cuestionario marcando con un aspa (x) el nivel que considere el indicado					
CUESTIONARIO	NIVELES				
	Total acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Total desacuerdo
1.1 Aceptaría ciertas formas de suicidio (ej. Sobredosis de pastillas)					
1.2 Si alguien quiere intentar suicidarse, es asunto suyo y no debemos intervenir					
1.3 El suicidio debería ser una forma legítima de morir					
1.4 Aceptaría el suicidio en personas mayores					
1.5 Los suicidas podrían quitarse la vida en clínicas privadas y así evitarían su sufrimiento					
1.6 El suicidio sería una cosa normal en una sociedad ideal					
2.1 Debería permitirse el suicidio de una manera digna a las personas con enfermedades incurables					
2.2 El suicidio es un medio aceptable de querer terminar con una enfermedad incurable					
2.3 Es comprensible ayudar a suicidarse a un enfermo terminal					
2.4 Aceptaría el suicidio en personas a las que les queda poco tiempo de vida					
3.1 El suicidio va en contra de la moral					
3.2 El suicidio es un acto inmoral					
3.3 Los suicidas son personas que atentan contra la sociedad					
3.4 Se debería prohibir el suicidio porque es un asesinato					
4.1 Es posible que me suicidara si estuviese en una situación extrema					
4.2 Bajo ningún concepto me suicidaría					
4-3 Si me sintiese muy solo y deprimido intentaría suicidarme					
4.4 Algunas veces, el suicidio es la única vía de escape ante los problemas de la vida.					

CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO CCCS - 18	NIVELES				
	Total acuer do	De acue rdo	Indife rente	En desa cuerdo	Total desa cuerdo
1.1 Aceptaría ciertas formas de suicidio (ej. Sobredosis de pastillas)	4	3	2	1	0
1.2 Si alguien quiere intentar suicidarse, es asunto suyo y no debemos intervenir	4	3	2	1	0
1.3 El suicidio debería ser una forma legítima de morir	4	3	2	1	0
1.4 Aceptaría el suicidio en personas mayores	4	3	2	1	0
1.5 Los suicidas podrían quitarse la vida en clínicas privadas y así evitarían su sufrimiento	4	3	2	1	0
1.6 El suicidio sería una cosa normal en una sociedad ideal	4	3	2	1	0
2.1 Debería permitirse el suicidio de una manera digna a las personas con enfermedades incurables	4	3	2	1	0
2.2 El suicidio es un medio aceptable de querer terminar con una enfermedad incurable	4	3	2	1	0
2.3 Es comprensible ayudar a suicidarse a un enfermo terminal	4	3	2	1	0
2.4 Aceptaría el suicidio en personas a las que les queda poco tiempo de vida	4	3	2	1	0
3.1 El suicidio va en contra de la moral	0	1	2	3	4
3.2 El suicidio es un acto inmoral	0	1	2	3	4
3.3 Los suicidas son personas que atentan contra la sociedad	0	1	2	3	4
3.4 Se debería prohibir el suicidio porque es un asesinato	0	1	2	3	4
4.1 Es posible que me suicidara si estuviese en una situación extrema	4	3	2	1	0
4.2 Bajo ningún concepto me suicidaría	0	1	2	3	4
4-3 Si me sintiese muy solo y deprimido intentaría suicidarme	4	3	2	1	0
4.4 Algunas veces, el suicidio es la única vía de escape ante los problemas de la vida.	4	3	2	1	0

FACTOR I : Legitimación del suicidio (ítems del 1.1 al 1.6)

FACTOR II : Suicidio en enfermos terminales (ítems del 2.1 al 2.4)

FACTOR III: Dimensión moral del suicidio (ítems del 3.1 al 3.4)

FACTOR IV: El propio suicidio (ítems del 4.1 al 4.4)

**RANGOS O NIVELES: ALTO: 49 – 72 Ptos. MEDIO: 24 – 48 BAJO: 0 – 23**

Las personas que obtienen un nivel alto en este cuestionario tienen creencias o estereotipos positivos hacia el suicidio.

**INSTRUMENTO 3**

**Cuestionario CFGI de Actitudes sobre el Suicidio: Componente Afectivo**

Cuest. N° .....  
 Nombres y Apellidos.....Edad.....  
 Sexo..... Año de estudios.....Carrera Profesional.....  
 Procedencia.....Estado Conyugal.....Fecha.....

CUESTIONARIO	NIVELES				
	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Pocas veces	Nunca
1. Considero que las personas que se suicidan se sentían solas, inseguras y con miedo					
2. Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos					
3. Considero que los problemas afectivos con los padres inducen al suicidio					
4. Ante el fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí					
5. Pienso que el suicidio es producido por el maltrato físico, la humillación y el bochorno					
6. Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor					
7. Considero que el suicidio en muchas personas es producto del dolor y de la enfermedad					
8. Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Los voy a defraudar					
9. Pienso que la amargura, desesperanza y pesimismo preceden al intento de suicidio					
10. Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo					
11. Generalmente pienso que aun los peores sentimientos desaparecerán					
12. Considero que la baja autoestima y la sensación de inutilidad llevan a pensar en el suicidio					
13. Creo que la muerte de un ser querido o una pérdida significativa llevan a pensar en el suicidio					
14. Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control y no puedo dominarme					
15. Considero que los problemas sentimentales suelen llevar al suicidio					
16. Cuando fracaso, quiero esconderme o desaparecer.					
<b>TOTAL</b>					

CUESTIONARIO CFGI	NIVELES				
	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Pocas veces	Nunca
1. Considero que las personas que se suicidan se sentían solas, inseguras y con miedo	4	3	2	1	0
2. Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos	4	3	2	1	0
3. Considero que los problemas afectivos con los padres inducen al suicidio	4	3	2	1	0
4. Ante el fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí	0	1	2	3	4
5. Pienso que el suicidio es producido por el maltrato físico, la humillación y el bochorno	4	3	2	1	0
6. Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor	4	3	2	1	0
7. Considero que el suicidio en muchas personas es producto del dolor y de la enfermedad	4	3	2	1	0
8. Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Los voy a defraudar	4	3	2	1	0
9. Pienso que la amargura, desesperanza y pesimismo preceden al intento de suicidio	4	3	2	1	0
10. Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo	4	3	2	1	0
11. Generalmente pienso que aun los peores sentimientos desaparecerán	0	1	2	3	4
12. Considero que la baja autoestima y la sensación de inutilidad llevan a pensar en el suicidio	4	3	2	1	0
13. Creo que la muerte de un ser querido o una pérdida significativa llevan a pensar en el suicidio	4	3	2	1	0
14. Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control y no puedo dominarme	4	3	2	1	0
15. Considero que los problemas sentimentales suelen llevar al suicidio	4	3	2	1	0
16. Cuando fracaso, quiero esconderme o desaparecer.	4	3	2	1	0

**RANGOS O NIVELES:** ALTO: 44 – 64 pts. MEDIO: 22 – 43 BAJO: 0 - 21

El componente afectivo orienta su dirección actitudinal a positivo cuando se obtienen niveles altos en el presente cuestionario; es decir que las emociones o sentimientos referentes a la posibilidad de suicidio son favorables.

INSTRUMENTO 4

ESCALA MODIFICADA DE IDEACIÓN SUICIDA (SSI)			
Nombres y Apellidos.....		Edad.....	
Sexo.....		Añode estudios..... Carrera Profesional.....	
Procedencia.....		Estado Conyugal..... Fecha.....	
<b>1. IDEACIÓN SUICIDA</b>	<b>NIVELES</b>		
<b>1.1 Características de las actitudes hacia la vida/muerte</b>	Intenso	Débil, moderado	Ninguno
a. Deseo de vivir			
b. Deseo de morir			
c. Razones para vivir/morir	Vivir > Morir	Iguales	Morir > Vivir
<b>1.2 Características de los pensamientos/deseos suicid.</b>	<b>NIVELES</b>		
a. Dimensión temporal: duración	Breve, período pasajero	Períodos más largos	Continuo, crónico
b. Dimensión temporal: frecuencia	Rara, ocasional	Intermitente	Persistente o Continuo
c. Actitud hacia el pensamiento/deseo suicida	Rechazo	Ambivalencia, Indiferencia	Aceptación
<b>2. INTENTO SUICIDA</b>	<b>NIVELES</b>		
<b>2.1 Características del proyecto de Intento suicida</b>			
a. Método: especificación/planes para llevar a cabo el intento	No los ha considerado	Considerado, sin detalles	Detalles especificados
b. Sensación de capacidad para llevarlo a cabo	No tiene coraje, débil	Inseguro de su coraje	Seguro de su coraje, decisión
c. Razones del proyecto de intento	Atraer la atención	Combinación de ambas	Escapar, acabar su problema
<b>2.2 Realización del intento proyectado</b>	<b>NIVELES</b>		
a. Preparativos finales antes del intento	Ninguno	Ideas de dejar algunos asuntos arreglado	Dejarlo todo Arreglado. Hacer planes definitivo
b. Engaño/encubrimiento del intento proyectado	Rebeló estas ideas abiert.	Fue reacio a revelarlas	Intento engañar, encubrir, mentir
c. Notas acerca del suicidio	No escribió ninguna nota	Pensaba en dejarla. No las completó	Nota/carta completada

<b>CALIFICACIÓN DE LA ESCALA MODIFICADA DE IDEACIÓN SUICIDA SSI</b>			
<b>1. IDEACIÓN SUICIDA</b>			
<b>NIVELES</b>			
<b>1.1 Características de las actitudes hacia la vida/muerte</b>	Intenso	Débil, moderado	Ninguno
a. Deseo de vivir	0	1	2
b. Deseo de morir	2	1	0
c. Razones para vivir/morir	Vivir > Morir	Iguales	Morir > Vivir
	2	1	0
<b>1.2 Características de los pensamientos/deseos suicid.</b>	<b>NIVELES</b>		
a. Dimensión temporal: duración	Breve, período pasajero	Períodos más largos	Continuo, crónico
	0	1	2
b. Dimensión temporal: frecuencia	Rara, ocasional	Intermitente	Persistente o Continuo
	0	1	2
c. Actitud hacia el pensamiento/deseo suicida	Rechazo	Ambivalencia, Indiferencia	Aceptación
	0	1	2

**RANGOS O NIVELES:** ALTO: 9 – 12 pts. MEDIO: 4 – 8 BAJO: 0 – 3

<b>2. INTENTO SUICIDA</b>			
<b>NIVELES</b>			
<b>2.1 Características del proyecto de Intento</b>	<b>NIVELES</b>		
a. Método: especificación/planes para llevar a cabo el intento	No los ha considerado	Considerado, sin detalles	Detalles especificados
	0	1	2
b. Sensación de capacidad para llevarlo a cabo	No tiene coraje, débil	Inseguro de su coraje	Seguro de su coraje, decisión
	0	1	2
c. Razones del proyecto de intento	Atraer la atención	Combinación de ambas	Escapar, acabar su problema
	0	1	2
<b>2.2 Realización del intento proyectado</b>	<b>NIVELES</b>		
a. Preparativos finales antes del intento	Ninguno	Ideas de dejar algunos asuntos arreglado	Dejarlo todo Arreglado. Hacer planes definitivo
	0	1	2
b. Engaño/encubrimiento del intento proyectado	Rebeló estas ideas abiert.	Fue reacio a revelarlas	Intento engañar, encubrir, mentir
	0	1	2
c. Notas acerca del suicidio	No escribió ninguna nota	Pensaba en dejarla. No las completó	Nota/carta completada
	0	1	2

**RANGOS O NIVELES:** ALTO: 9 – 12 pts. MEDIO: 4 – 8 BAJO: 0 - 3

### ANEXO 3

## CÁLCULOS Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA

## ESTADÍSTICA INFERENCIAL

### 1. INFLUENCIA ENTRE LAS VARIABLES ACTITUDES Y CONDUCTA SUICIDA.

El análisis de correlación canónica es un método de análisis multivariante desarrollado por Harold Hotelling. Su objetivo es buscar las relaciones que pueda haber entre dos grupos de variables y la validez de las mismas. Se diferencia del análisis de correlación múltiple en que éste sólo predice una variable dependiente a partir de múltiples independientes, mientras que la correlación canónica predice múltiples variables dependientes a partir de múltiples independientes. La correlación canónica es una correlación lineal y, por tanto, sólo busca relaciones lineales entre las variables.

Para el uso de la correlación canónica se utiliza el valor de Ji cuadrado con la siguiente fórmula

$$r = \sqrt{\frac{Ji^2}{N(k-1)}}$$

Canonical Analysis Summary (TABLA ENTRE VARIABLES) Canonical R: .63631  
Chi<sup>2</sup>(3)=11.678 p=.00858

	Left	Right
<b>Variance extracted</b>	36.8982%	100.000%
<b>Total redundancy</b>	14.9397%	40.4890%
<b>Indicadores: 1</b>	Comport.	C.Suicida
<b>2</b>	Conocim	
<b>3</b>	Afectivid	

Factores canonicos

Eigenvalues (TABLA ENTRE VARIABLES)

	Root 1
<b>Value</b>	0.404890

#### PRUEBA DEL CHI CUADRADO

	Canonici	Canonici	Chi-sqr.	df	p	Lambda
<b>0</b>	0.636310	0.404890	11.67771	3	0.008581	0.595110

Factores de estructura

Correlations, left set with right set (TABLA ENTRE VARIABLES)

	C.Suicida
<b>Comport.</b>	-0.572541
<b>Conocim</b>	0.293271
<b>Afectivid</b>	0.185420

2. INFLUENCIA DE LOS INDICADORES DE LA VARIABLE ACTITUDES  
SOBRE LA VARIABLE CONDUCTA SUICIDA.

Canonical Analysis Summary (CORRELACION ENTRE FACTORES DE  
VARIABLE INDEPENDIENTE Y FACTORES CON CONDUCTA SUICIDA)  
Canonical R: .71605 Chi<sup>2</sup>(6)= p=.01953

	Left	Right
<b>No. of indicadores</b>	6	1
<b>Variance extracted</b>	27.3920%	100.000%
<b>Total redundancy</b>	14.0445%	51.2721%
<b>Indicadores: 1</b>	R.Interpr	C.Sucida
<b>2</b>	T.Psicol	
<b>3</b>	Fact. I	
<b>4</b>	Fcat II	
<b>5</b>	Fact III	
<b>6</b>	Fact IV	

Eigenvalues (CORRELACION ENTRE FACTORES DE VARIABLE  
INDEPENDIENTE Y FACTORES CON CONDUCTA SUICIDA)

	Root 1
<b>Value</b>	0.512722

Chi-Square Tests with Successive Roots Removed (CORRELACION ENTRE  
FACTORES DE VARIABLE INDEPENDIENTE Y FACTORES CON CONDUCTA  
SUICIDA)

	Canonicl	Canonicl	Chi-sqr.	df	p	Lambda
<b>0</b>	0.716046	0.512722	15.09731	6	0.019533	0.487279

### Chi Cuadrado: La corrección de Yates

Es un modelo de corrección de la fórmula original de Chi cuadrado, en la que se le resta 0.5 a cada valor establecido, siendo así la fórmula:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

En este caso, se mide la intensidad de la relación que existe entre las variables sometidas mediante este tratamiento, se tiene que tener en cuenta el valor de tabla, así como la ponderación de los datos, dado que se tienen que hacer correcciones cuando los valores al interior de la tabla de contingencia son inferiores a 5.

### 3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LAS RELACIONES ENTRE LOS SUBINDICADORES DE LA VARIABLE ACTITUD Y LOS INDICADORES DE LA VARIABLE ONDUCTA SUICIDA

#### Pruebas de chi-cuadrado y correlación canónica para Relación entre Relaciones interpersonales e ideación suicida

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.340(a)	4	.673
Razón de verosimilitudes	3.656	4	.455
Asociación lineal por lineal	1.754	1	.431
N de casos válidos	26		

a 8 casillas (88.9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .04.

$$r = \sqrt{\frac{Ji^2}{N(k-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{6.63}{26(3-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{6.63}{26(2)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{6.63}{52}} \Rightarrow r = 0.35707$$

**Pruebas de chi-cuadrado y correlación canónica para Relación entre Relaciones interpersonales e intento suicida**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18.909(a)	4	.001
Razón de verosimilitudes	11.162	4	.025
Asociación lineal por lineal	5.823	1	.310
N de casos válidos	13		

a 8 casillas (88.9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .08.

$$r = \sqrt{\frac{Ji^2}{N(k-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{6.09}{13(3-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{6.09}{13(2)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{6.09}{26}} \Rightarrow r = \mathbf{0.48397}$$

**Pruebas de chi-cuadrado y correlación canónica para Relación entre Trastornos psicológicos e ideación suicida**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14.904(a)	4	.005
Razón de verosimilitudes	17.113	4	.002
Asociación lineal por lineal	8.665	1	.003
N de casos válidos	26		

a 7 casillas (77.8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .23.

$$r = \sqrt{\frac{Ji^2}{N(k-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{25.50}{26(3-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{25.50}{26(2)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{25.50}{52}} \Rightarrow r = \mathbf{0.70027}$$

**Prueba de chi-cuadrado para Relación entre Trastornos psicológicos e intento suicida**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.133(a)	4	.016
Razón de verosimilitudes	11.273	4	.024
Asociación lineal por lineal	8.609	1	.003
N de casos válidos	13		

a 8 casillas (88.9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .08.

$$r = \sqrt{\frac{Ji^2}{N(k-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{13.91}{13(3-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{13.91}{13(2)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{13.91}{26}} \Rightarrow r = \mathbf{0.73143}$$

**Prueba de chi-cuadrado para Relación entre Factor I (Componente conocimiento) e ideación suicida**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.635(a)	4	.959
Razón de verosimilitudes	.915	4	.922
Asociación lineal por lineal	.115	1	.073
N de casos válidos	27		

a 8 casillas (88.9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .11.

$$r = \sqrt{\frac{Ji^2}{N(k-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{6.81}{26(3-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{6.81}{26(2)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{6.81}{52}} \Rightarrow r = \mathbf{0.36188}$$

**Prueba de chi-cuadrado para Relación entre Factor I (Componente conocimiento) e Intento Suicida**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.568(a)	4	.633
Razón de verosimilitudes	2.694	4	.610
Asociación lineal por lineal	.157	1	.069
N de casos válidos	13		

a 8 casillas (88.9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .15.

$$r = \sqrt{\frac{Ji^2}{N(k-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{5.96}{13(3-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{5.96}{13(2)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{5.96}{52}} \Rightarrow r = \mathbf{0.47878}$$

**Prueba de chi-cuadrado para Relación entre Factor II (Componente conocimiento) e ideación suicida**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.867(a)	4	.929
Razón de verosimilitudes	1.106	4	.893
Asociación lineal por lineal	.000	1	.098
N de casos válidos	26		

a 8 casillas (88.9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .12.

$$r = \sqrt{\frac{Ji^2}{N(k-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{6.65}{26(3-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{6.65}{26(2)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{6.65}{52}} \Rightarrow r = \mathbf{0.35760}$$

**Pruebas de chi-cuadrado para Relación entre Factor II (Componente conocimiento) e intento suicida**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.253(a)	4	.373
Razón de verosimilitudes	3.741	4	.442
Asociación lineal por lineal	1.142	1	.285
N de casos válidos	13		

a 8 casillas (88.9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .31.

$$r = \sqrt{\frac{Ji^2}{N(k-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{5.75}{13(3-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{5.75}{13(2)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{5.75}{26}} \Rightarrow r = \mathbf{0.47026}$$

**Prueba de chi-cuadrado para Relación entre Factor III (Componente conocimiento) e ideación suicida**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.635(a)	4	.959
Razón de verosimilitudes	.915	4	.922
Asociación lineal por lineal	.115	1	.448
N de casos válidos	27		

a 8 casillas (88.9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .11.

$$r = \sqrt{\frac{Ji^2}{N(k-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{4.84}{26(3-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{4.84}{26(2)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{4.84}{52}} \Rightarrow r = \mathbf{0.30508}$$

**Prueba de chi-cuadrado para Relación entre Factor III (Componente conocimiento) e Intento Suicida**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.253(a)	4	.373
Razón de verosimilitudes	3.741	4	.442
Asociación lineal por lineal	1.142	1	.285
N de casos válidos	13		

a 8 casillas (88.9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .31.

$$r = \sqrt{\frac{Ji^2}{N(k-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{5.75}{13(3-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{5.75}{13(2)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{5.75}{26}} \Rightarrow r = 0.47026$$

**Prueba de chi-cuadrado para Relación entre Factor IV (Componente conocimiento) e ideación suicida**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.657(a)	4	.957
Razón de verosimilitudes	.917	4	.922
Asociación lineal por lineal	.018	1	.892
N de casos válidos	27		

a 8 casillas (88.9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .11.

$$r = \sqrt{\frac{Ji^2}{N(k-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{6.73}{26(3-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{6.73}{26(2)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{6.73}{52}} \Rightarrow r = 0.35975$$

**Pruebas de chi-cuadrado para Relación entre Factor IV (Componente conocimiento) e intento suicida**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.253(a)	4	.373
Razón de verosimilitudes	3.741	4	.442
Asociación lineal por lineal	1.142	1	.285
N de casos válidos	13		

a 8 casillas (88.9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .31.

$$r = \sqrt{\frac{Ji^2}{N(k-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{5.75}{13(3-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{5.75}{13(2)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{5.75}{26}} \Rightarrow r = 0.47026$$

**Prueba de chi-cuadrado para Relación entre Afectividad e ideación suicida**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.036(a)	4	.401
Razón de verosimilitudes	4.404	4	.354
Asociación lineal por lineal	.150	1	.035
N de casos válidos	26		

a 7 casillas (77.8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .04.

$$r = \sqrt{\frac{Ji^2}{N(k-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{15.00}{26(3-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{15.00}{26(2)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{15.00}{52}} \Rightarrow r: 0.53708$$

Pruebas de chi-cuadrado para Relación entre Afectividad e intento suicida

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.050(a)	4	.026
Razón de verosimilitudes	11.273	4	.024
Asociación lineal por lineal	8.172	1	.024
N de casos válidos	13		

a 8 casillas (88.9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .15.

$$r = \sqrt{\frac{Ji^2}{N(k-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{7.84}{13(3-1)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{7.84}{13(2)}} \Rightarrow r = \sqrt{\frac{7.84}{26}} \Rightarrow r = \mathbf{0.54912}$$



## MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

U. E.	DATOS PERSONALES		ACTITUDES																											
			COMPORTAMIENTO																											
	RELACIONES INTERPERSONALES																													
	EDAD	SEXO		RELACIONES CON COMPAÑEROS									RELACIONES CON PROFESORES									RELACIONES CON FAMILIARES								
Trato				Solidaridad			T. en equip			Trato			Participación			Cumplimiento			Trato			Autonomía			Comunicación					
F	M	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B		
01	25	x		x			x			x			x			x			x			x			x			x		
02	21		x	x			x			x			x			x			x			x			x			x		
03	20	x			x			x			x			x			x			x			x			x			x	
04	17	x		x			x			x			x			x			x			x			x			x		
05	21		x		x			x			x			x			x			x			x			x			x	
06	26	x			x			x			x			x			x			x			x			x			x	
07	20		x		x			x			x			x			x			x			x			x			x	
08	21		x	x			x			x			x			x			x			x			x			x		
09	19	x				x			x			x			x			x			x			x			x		x	
10	22		x		x			x			x			x			x			x			x			x			x	
11	18	x			x			x			x			x			x			x			x			x			x	
12	22	x			x			x			x			x			x			x			x			x			x	
13	19		x	x			x			x			x			x			x			x			x			x		
14	24		x		x			x			x	x			x			x			x			x			x		x	
15	23	x				x			x			x			x			x			x			x			x		x	
16	18		x		x			x			x			x			x			x			x			x			x	
17	20		x		x			x			x			x			x			x			x			x			x	
18	19	x			x			x			x			x			x			x			x			x			x	
19	23		x		x			x			x			x			x			x			x			x			x	
20	24	x			x			x			x			x			x			x			x			x			x	
21	23	x		x				x			x			x			x			x			x			x			x	
22	19		x			x			x			x			x			x			x			x			x		x	
23	17	x				x			x			x			x			x			x			x			x		x	
24	26		x		x			x			x			x			x			x			x			x			x	
25	23		x	x				x			x	x			x			x			x			x			x		x	
26	24		x		x			x			x			x			x			x			x			x			x	
TOTAL:		12	14	6	16	4	4	17	5	3	13	10	5	16	5	5	15	6	3	17	6	3	11	12	0	19	7	3	9	14

**Leyenda.-** F.-Femenino; M.- Masculino

Relaciones con sus compañeros: (a.Trato; b. Solidaridad, lealtad; c.Trabajo en equipo)

Relaciones con sus profesores: (a.Trato, respeto; b. Participación, comunicación; c. Cumplimiento de obligaciones)

Relaciones con sus familiares: (a. Trato, respeto; b. Individualidad, autonomía; c.Comunicación, comprensión)

A= Alto; M= Medio; B= Bajo



## MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

A C T I T U D E S																																						
C O M P O R T A M I E N T O																																						
R A S G O S D E T R A S T O R N O S P S I C O L Ó G I C O S																																						
Rasgos depresivos									Rasgos agresivos/impulsivos									Rasgos de trastornos del aprendizaje									Rasgos de trastornos psicopatológicos											
Tristeza			Autoestima			Obligacion			Irritabilid.			Violencia			Control			Comprens.			Atención			Rend. Acd.			Ansiedad			Obs/comp..			Neur/psic.					
A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B
	x			x				x			x			x				x			x			x				x						x				
	x				x			x					x			x				x			x				x							x				
	x			x				x					x				x				x			x				x						x				
		x		x				x					x				x				x			x			x							x				
		x	x					x					x				x				x			x			x							x				
	x			x				x					x				x	x			x			x			x							x				
x				x				x					x				x				x			x			x							x				
x	x			x				x					x				x				x			x			x							x				
x				x				x					x				x				x			x			x							x				
x				x				x					x				x				x			x			x							x				
x				x				x					x				x				x			x			x							x				
		x	x					x					x				x	x			x			x			x							x				
	x			x				x					x				x				x			x			x								x			
x				x				x					x				x				x			x			x								x			
x				x				x					x				x				x			x			x								x			
x				x				x					x				x				x			x			x								x			
x				x				x					x				x				x			x			x								x			
x				x				x					x				x				x			x			x								x			
		x	x					x					x				x				x			x			x								x			
		x	x					x					x				x				x			x			x								x			
		x	x					x					x				x				x			x			x								x			
		x	x					x					x				x				x			x			x								x			
<b>10</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>7</b>			

**Leyenda.-** Rasgos depresivos ( a. Tristeza, melancolía; b. Autoestima; c. Cumplimiento de obligaciones)  
 Rasgos agresivos/impulsivos ( a. Irritabilidad; b. Violencia física o verbal; c. Control de impulsos, tolerancia)  
 Rasgos de trastornos del aprendizaje ( a. Comprensión, realización de tareas; b. Atención, concentración, memoria; c. Rendimiento académico)  
 Rasgos de trastornos psicopáticos ( a. Ansiedad; b. Obsesión(compulsión); c. Neuroticismo/psicoticismo)

## MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

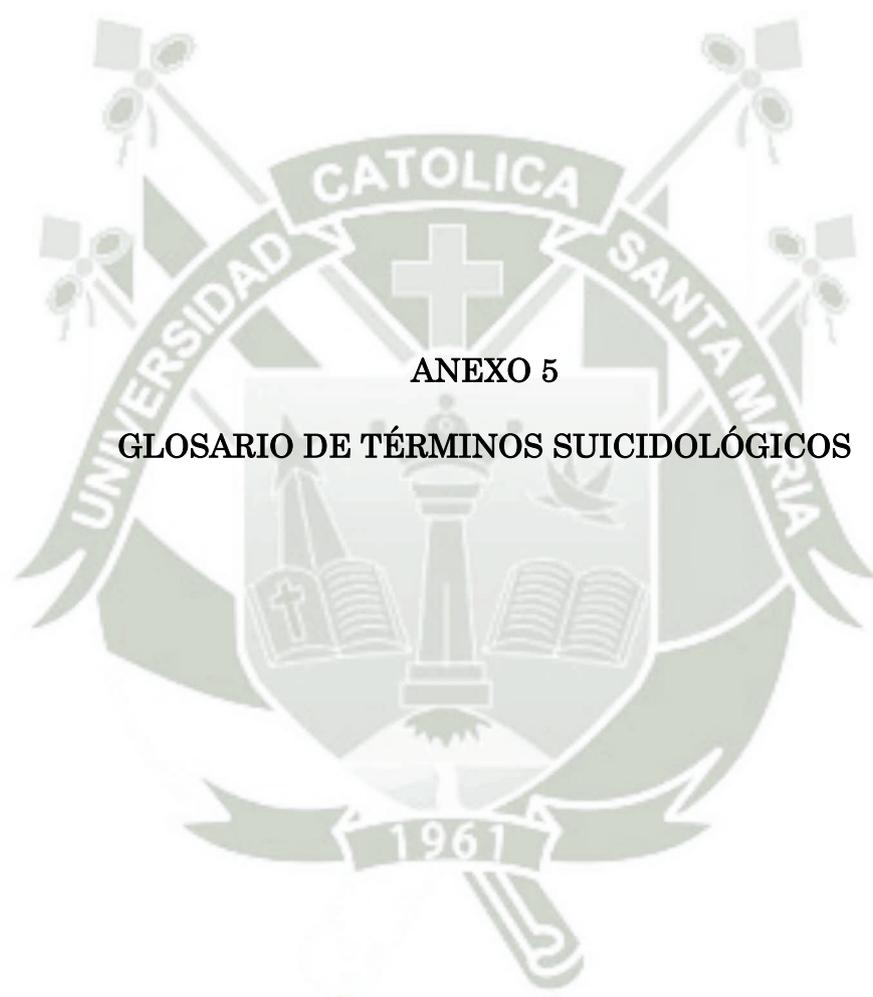
ACTITUDES																				ACTITUDES					
CONOCIMIENTO																				AFECTIVIDAD					
FACTOR I					FACTOR II					FACTOR III					FACTOR IV										
MA	A	M	B	MB	MA	A	M	B	MB	MA	A	M	B	MB	MA	A	M	B	MB	MA	A	M	B	MB	
	x					x					x					x					x				
		x					x					x					x					x			
	x					x					x					x						x			
	x					x					x					x						x			
		x					x					x					x						x		
	x					x					x					x						x			
	x					x				x					x						x				
	x					x				x					x						x				
x						x				x					x						x				
x					x					x					x						x				
	x					x				x					x						x				
		x					x				x					x						x			
		x						x			x					x						x			
	x					x				x					x						x				
	x					x				x					x						x				
	x					x				x					x						x				
		x					x					x					x					x			
			x					x					x					x					x		
x					x					x					x						x				
	x					x				x					x						x				
		x					x					x					x					x			
			x					x					x					x					x		
				x					x					x					x						
	x					x				x					x						x				
							x					x					x						x		
5	15	6	0	0	4	15	6	1	0	7	13	6	0	0	5	14	7	0	0	5	16	5	0	0	

**Leyenda.- Conocimiento:** (Factor I= Legitimación del suicidio; Factor II= Suicidio en enfermos terminales; Factor III= Dimensión moral del suicidio; Factor IV= El propio suicidio). Niveles: MA=Muy Alto; A=Alto; M=Mediano; B= Bajo; MB=Muy Bajo.  
**Afectividad:** Niveles: MA=Muy Alto; A=Alto; M=Mediano; B=Bajo; MB=Muy Bajo

## MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

CONDUCTA SUICIDA																												U. E.													
IDEACIÓN SUICIDA														INTENTO SUICIDA																											
Caract.actitudes hacia la vida/muerte									Caract. de los pensamientos suicidas					Caract. del proyecto de intento						Relización del intento proyectado																					
Des. Vivir			Des.Morir			Raz. v/m			Duración			Frecuencia		Actitud		Método			Capacid.			Razones			Preparativ.		Encubrim..		Notas												
A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B
	x			x			x			x			x					x			x			x			x										x	1			
	x			x			x			x			x																									2			
	x		x				x			x			x					x			x			x			x											3			
	x			x			x			x			x																									4			
	x		x				x			x			x																									5			
	x		x				x			x			x					x			x			x			x										6				
	x			x			x			x			x					x			x			x			x											7			
		x	x				x			x			x					x			x			x			x										x	8			
	x			x			x			x			x					x			x			x			x										x	9			
		x	x				x			x			x																									10			
	x			x			x			x			x																									11			
	x		x				x			x			x					x			x			x			x											12			
	x			x			x			x			x																										13		
		x	x				x			x			x							x			x			x												x	14		
	x		x				x			x			x																										15		
	x			x			x			x			x																										16		
	x		x				x			x			x							x			x			x												x	17		
	x		x				x			x			x							x			x			x												x	18		
	x			x			x			x			x																										19		
	x			x			x			x			x																										20		
	x		x				x			x			x							x			x			x												x	21		
	x			x			x			x			x																										22		
	x		x				x			x			x																										23		
	x		x				x			x			x																										24		
	x		x				x			x			x																										x	25	
	x		x				x			x			x																										26		
0	23	3	15	11	0	15	11	0	11	15	0	20	6	0	2	2	0	0	1	1	4	7	0	4	7	0	0	11	0	1	7	3	0	7	4	T					

**Leyenda.-** Deseo de vivir, Deseo de morir y Razones para vivir/morir (A=Intenso, M= Débil, moderado, B=ninguno) Duración (B=breve,pasajero,M =período más largo, A=continuo); Frecuencia (B=rara, ocasional, M=Intermitente) A=Persistente) Actitud hacia el deseo suicida (B=rechazo, M=Indiferencia, A=aceptación) Método (B=no considerado, M=considerado, sin detalles, A=detalles especificados) Capacidad para realizarlo (B= Débil, M=Inseguro de su coraje, A=decidido) Razones del proyecto (B=atraer la atención, M=Combinación A y B, A=Escapar, acabar el problema) Preparativos B=ninguno, M=solo ideas, A=dejarlo todo arreglado) Encubrimiento (B= rebeló sus ideas, M=reacio, A= ocultó, mintió) Notas dejadas (B=ninguna, M=pensó, no las dejó, A=nota(carta completada)



**ANEXO 5**

**GLOSARIO DE TÉRMINOS SUICIDOLÓGICOS**

**Actitudes hacia el suicidio.-** Conjunto de opiniones, criterios, sentimientos y conductas hacia el suicidio como forma de morir, quienes lo consuman, lo intentan o lo piensan.

**Acto suicida.-** Incluye el intento de suicidio y el suicidio.

**Afectividad (componente afectivo de la actitud).-** Está referida a las emociones, los sentimientos vinculados a determinados objetos o situaciones y se reflejan en forma subjetiva. Ej. Sentimientos respecto al suicidio.

**Amenaza suicida.-** Expresiones verbales o escritas del deseo de matarse. Tiene la particularidad de comunicar algo que está por suceder(acto suicida) a personas estrechamente vinculadas con el sujeto que realiza la amenaza.

**Antecedentes suicidas.-** Incluye, principalmente, los actos suicidas previos que haya realizado un sujeto. Puede ser utilizado también para referirse a la presencia de familiares que hayan tenido estos antecedentes.

**Asociación Internacional de Prevención del Suicidio.-** Una de las asociaciones encargadas del estudio y la prevención del suicidio. Se le conoce por las siglas IASP.

**Asociación Internacional de Tanatología y Suicidio.-** Una de las asociaciones encargadas del estudio de la muerte, el morir y el duelo, así como el estudio y la prevención el suicidio. Se le conoce con las siglas AITS.

**Autolesión intencionada.-** En inglés “deliberate self harm” (dsh) .Nombre que sirve para designar el intento de suicidio.

**Automutilación.-** Acto mediante el cual un sujeto cercena o corta una parte cualquiera de su cuerpo. No necesariamente tiene que ser con propósitos suicidas.

**Autopsia psicológica.-** Investigación sobre el suicidio consumado realizada mediante entrevistas, estructuradas y semiestructuradas a los familiares del occiso, su médico tratante, vecinos, amigos y cuantas personas sean necesarias. Tiene como objetivo determinar si el suicidio fue la causa de la muerte así como los signos que presagiaron lo ocurrido. El término fue propuesto por el Profesor Norman Farberow, el Profesor Edwin Shneidman y el Profesor Curphey.

**Befrienders International.-** Nombre de la mayor organización de voluntarios en la prevención del suicidio. Se le conoce como BI.

**Capacidad suicida.-** Sensación de seguridad para llevar a efecto el intento suicida.

**Centro de prevención del suicidio.-** Institución destinada al tratamiento de las personas en crisis suicida, en la que se ofrecen diversas modalidades terapéuticas de las que participan profesionales de la salud mental y voluntarios. Puede prestar atención cara a cara o mediante llamadas telefónicas.

**Cibersuicidio.-** Influencia de la información sobre suicidio aparecida en Internet en la incidencia de los suicidios en quienes navegan en la red de redes. Se pueden encontrar juegos suicidas, chistes suicidas y música para suicidas de preferencia rock metálico. Uno de los grupos más activos es alt. suicide. Holiday (ash) aparecido en la década de los 80, para aquellos que quieren discutir las opciones suicidas y para los que consideran el suicidio como una posibilidad abierta a todos. Se describen los métodos suicidas, desde los más conocidos y eficaces hasta los más frívolos, llegando a más de 40. Pueden aparecer notas suicidas y anuncios incitando al suicidio.

**Circunstancias suicidas.-** Son aquellas particularidades que acompañan al acto suicida, entre las que se mencionan la localización o lugar donde ocurrió (familiar, no familiar, remoto, cercano), la posibilidad de ser descubierto (elevada, incierta, improbable, probable, accidental), accesibilidad para el rescate (pedir ayuda, dejar notas u otros indicios que faciliten ser encontrado, o por el contrario, tomar las precauciones necesarias para no ser descubierto), tiempo necesario para ser descubierto, probabilidad de recibir atención médica, etc.

**Comportamiento (Componente comportamental de la actitud).-** Toda inclinación a actuar de un modo determinado con respecto al objeto. Es la orientación a la acción y se “mide” registrando lo que el individuo dice que hará, o mejor aún, lo que en realidad hace. Ej. Medición del comportamiento respecto al suicidio.

**Comunicación suicida.-** Son las manifestaciones conscientes o inconscientes de la tendencia suicida. Tales manifestaciones deben aparecer en determinado contexto para ser interpretado como tales. En ocasiones esto no es posible hasta después de ocurrido el suicidio, lo cual se investiga mediante la autopsia psicológica.

**Conducta autodestructiva.-** Término colectivo dado a un grupo de actos realizados por un sujeto que implican daño o riesgo de daño tales como quemarse a sí mismo con cigarros, mutilarse partes del cuerpo o realizar actos suicidas.

**Conducta suicida.-** Término colectivo que incluye los pensamientos suicidas, el intento de suicidio y el suicidio propio.

**Conocimiento (Componente cognoscitivo de la actitud).-** Creencias, percepciones y estereotipos del individuo, es decir sus ideas sobre el objeto o tema. Ej. Creencias respecto al suicidio.

**Contexto suicida.** Conjunto de elementos básicos necesarios para la autodestrucción.

**Contrato no suicida.-** Es un pacto que realiza el terapeuta con un sujeto en riesgo de suicidio que persigue como objetivo primordial comprometerlo a que no se dañe a sí mismo, a no intentar el suicidio, responsabilizándolo con su propia vida. El

contrato no suicida no garantiza que el sujeto no cometa suicidio, por lo cual nunca debe ser utilizado con aquellos individuos que no se encuentren en condiciones evidentes de cumplirlo.

**Crisis suicida.-** Es aquella crisis en la que, una vez agotados los mecanismos reactivo-adaptativos creativos y compensatorios del sujeto, emergen las intenciones suicidas, existiendo la posibilidad que el individuo resuelva o intente resolver la situación problemática mediante la autoagresión. Este tipo de crisis requiere un manejo apropiado del tiempo, ser directivos, y tratar de mantener a la persona con vida como principal objetivo. Su duración es variable, de horas o días, raramente semanas y la resolución puede ser el crecimiento personal con una mejor adaptación para vivir, la resolución con un funcionamiento anómalo que incrementa las posibilidades de una nueva crisis y la realización de un acto suicida.

**Daño autoinfligido.-** Son los efectos perjudiciales que resultan de la realización de un intento suicida o un suicidio. Incluye también las consecuencias de actos autodestructivos realizados por el sujeto sin la intención de morir.

**Duración del pensamiento suicida (Dimensión temporal).-** Períodos pasajeros, breves o más largos, continuos, crónicos del pensamiento suicida.

**Duelo.** Manifestaciones reactivas a la muerte de un ser querido. En el duelo por un suicida sobresalen la estigmatización, las ideas suicidas, la culpabilidad, la búsqueda del por qué, el temor ante el arrepentimiento tardío, cuando las fuerzas no eran suficientes para evitar la muerte próxima, entre las más frecuentes.

**Efecto Werther.-** Término propuesto por D. P. Phillips en 1974 para describir el efecto de la sugestión en la conducta suicida. Johan Wolfgang von Goethe en 1774 publicó su novela Las penas del joven Werther en la que se cuenta la historia de un hombre joven, talentoso, quien se sume en especulaciones, ensoñaciones, hasta que desesperanzado por pasiones amorosas, se suicida mediante un disparo en la cabeza. Su venta tuvo que ser prohibida en diversos lugares de Europa porque desencadenó numerosos suicidios en jóvenes mediante el mismo método.

**Estrategias de prevención del suicidio.-** Manera de dirigir la prevención del suicidio.

**Estresores agudos.-** Son los factores precipitantes de un acto suicida, común para todos los seres humanos pero que, en determinados individuos, puede desencadenar dicho acto. Entre los más frecuentes se pueden citar los conflictos amorosos, castigos o reprimendas de los padres en los adolescentes, pérdida de una relación valiosa, etc. Pueden considerarse como factores precipitantes o desencadenantes.

**Estresores crónicos.-** Son factores que predisponen a unos individuos y no a otros a la realización de un acto suicida, entre los que se incluyen la pérdida temprana de

los progenitores por muerte, separación o divorcio, dificultades en la comunicación familiar, abuso de sustancias, promiscuidad sexual, dificultades escolares, desajuste conyugal, divorcios, inadaptación laboral, desocupación, enfermedad física dolorosa y discapacitante, etc.

**Factor de riesgo.-** Atributo o característica que confiere a un sujeto un grado variable de susceptibilidad para contraer determinada enfermedad o alteración de la salud. Tienen como características las siguientes: son individuales, pues lo que para algunos es un riesgo, para otros no representa problema alguno, son generacionales, ya que los factores en la niñez pueden no serlo en la adultez o la vejez, son genéricos porque los factores de riesgo en la mujer no son similares a los de los hombres, están mediatizados por la cultura y el entorno de los individuos, comprobándose que lo que es aceptado en determinado medio social puede ser reprobado en otros.

**Factores protectores del suicidio.-** Factores que, para una persona en particular, reducen el riesgo de realización de un acto suicidio, como el apoyo que se reciba en situaciones de crisis, el tratamiento del dolor en una enfermedad terminal, el tratamiento de las enfermedades depresivas, la adecuada capacidad para resolver problemas, la razonable autoestima y autosuficiencia, la capacidad para buscar ayuda en personas competentes, etc.

**Frecuencia del pensamiento suicida (Dimensión temporal).-** Puede ser rara, intermitente o persistente.

**Gesto suicida.-** Amenaza suicida tomando los medios disponibles para su realización pero sin llevarla a cabo. También queda incluido el intento de suicidio sin daño físico de importancia

**Gran repetidor.-** Es el individuo que ha realizado tres o más intentos de suicidio.

**Grupos de Auto-ayuda.-** Conjunto de pacientes que tienen un problema de salud común y que deciden trabajar juntos por el bienestar de todos, por ejemplo: grupos de personas con intentos de suicidio y sobrevivientes.

**Grupo de riesgo suicida.-** Conjunto de personas que presentan algún factor de riesgo para la realización de un acto suicida como pueden ser los deprimidos, los que tienen ideas suicidas o amenazan con el suicidio, los que han intentado el suicidio, los sujetos en situación de crisis, los sobrevivientes, etc. Los enfermos mentales en comparación con la población en general, constituyen un importante grupo de riesgo para esta conducta.

**Grupos vulnerables.-** Son aquellos grupos de individuos que por su condición tienen más posibilidades de realizar un acto suicida que la población en general. Se incluyen los ancianos, las personas que viven solas, los inmigrantes no integrados al país receptor, los nativos minoritarios como son los aborígenes australianos,

norteamericanos, canadienses, y taiwaneses, los prisioneros, etc. Los grupos vulnerables son grupos de riesgo.

**Hara-kiri.** Forma tradicional de suicidio en el antiguo Japón, consistente en la penetración en el abdomen de una espada u otro objeto cortante hasta ocasionarse la propia muerte.

**Idea suicida.-** Abarca un amplio campo de pensamiento que pueden adquirir diversas formas de manifestar el deseo de morir.

**Incitación al suicidio.-** Estimular a otro u otros a realizar un acto suicida. Este acto es objeto de penalización por las leyes de diversos países por considerarse un delito contra la integridad de las personas

**Intervención.-** Conjunto de técnicas dirigidas a abortar una crisis suicida

**Intención suicida.-** Deseo deliberado de realizar un acto de suicidio. Grado de sinceridad o determinación de realizar el acto suicida

**Letalidad.-** Atributo de algunos métodos para provocar la muerte. Es la consecuencia de diversos factores tales como susceptibilidad individual, la posibilidad de recibir atención especializada inmediata, las condiciones del propio método entre las más significativas.

**Lógica suicida.-** Características comunes que conforman en conjunto una manera de pensar propia de los individuos suicidas, entre las que sobresale la urgente presión de acabar con la vivencia insoportable de dolor psíquico que padecen debido a la frustración de algunas necesidades psicológicas, la angustia, la desesperanza, la impotencia y el desamparo, restricción de la capacidad de encontrar alternativas no suicidas, fantasías de rescate, etc. Comparte muchas características del llamado Síndrome Presuicidal.

**Métodos.-** Recursos, medios, elementos mediante los cuales un sujeto trata de poner fin a su vida. Pueden ser naturales o creados por el hombre.

**Método suicida.-** Especificación, planes para efectuar el intento suicida.

**Mitos.-** Criterios sobre algún aspecto relacionado con la conducta suicida, culturalmente aceptados y entronizados en la población que no reflejan la veracidad científica. evitar que otro se suicide: Falso, pues el mero hecho de escuchar con genuino interés y no dejarlo sólo en ningún momento mientras dure la

crisis suicida, puede contribuir a evitar el acto autodestructivo. Cualquier persona con un mínimo de aptitudes y un entrenamiento elemental en la prevención del suicidio puede evitar muchas muertes por esta causa.

**Motivo.-** Razón esgrimida por quien intenta el suicidio para explicarlo. En el caso de consumar el suicidio, son los familiares los que esgrimen las posibles razones o el propio occiso mediante las notas suicidas. No necesariamente el supuesto motivo es la causa de acto suicida. Entre los motivos más frecuentes tenemos: los conflictos de pareja, los amores contrariados, las disputas familiares, las llamadas de atención de carácter humillante a niños o adolescentes, la pérdida de una relación valiosa por muerte, separación o divorcio.

**Notas suicidas.-** Se les denomina también notas de despedida. Son escritos dejados por los suicidas que pueden expresar estados de ánimo, opiniones, los deseos de morir, las relaciones con las personas significativas, los posibles motivos, etc. No se considera que tenga mayor valor que la comunicación verbal y se ha desestimado su importancia a la hora de aportar datos sobre el suicida.

**Oblativo.** Tipo de suicidio con características altruistas.

**Pacto suicida.** Es el acuerdo mutuo entre dos o más personas para morir juntos al mismo tiempo, usualmente en el mismo lugar y mediante el mismo método. Generalmente se trata de parejas muy vinculadas afectivamente como cónyuges, familiares o miembros de una misma organización política o secta religiosa.

**Parasuicidio.** Término utilizado principalmente en Europa para referirse al intento suicida.

**Perfil suicida.** Rasgos psicológicos que pudieran caracterizar a un suicida potencial como la impulsividad, la pobreza en las relaciones interpersonales y la hostilidad, que son rasgos frecuentes, pero no exclusivos de los suicidas. No se ha encontrado un perfil único que sea común a todos.

**Personas suicidas.** Son aquellos sujetos que han intentado contra su vida recientemente o durante el año previo, los que tienen ideas suicidas persistentes o los que tienen riesgo de cometer suicidio de forma inmediata o en un futuro.

**Plan suicida.** Pensamientos o ideas suicidas con una adecuada estructuración, sumamente grave para quien los presenta pues significa que desea suicidarse, utilizando un método específico y no otro, a determinada hora, por un motivo concreto, para dejar de vivir y ha tomado las debidas precauciones para no ser descubierto.

**Postvención.** Término acuñado por E. Shneidman en 1971, para referirse al apoyo que necesita quien intenta el suicidio y los familiares de quien se ha suicidado. Es una de las formas de prevenir los daños.

**Potencial suicida.** Conjunto de factores de riesgo de suicidio en un sujeto que en determinado momento pueden predisponer, precipitar o perpetuar la conducta autodestructiva.

**Prevención del suicidio.** Medidas empleadas para evitar la ocurrencia de actos suicidas. Se clasifica en prevención primaria, secundaria o terciaria. También se subdivide en antevención, intervención y postvención o prevención directa, indirecta y general.

**Proceso suicida.** Lapso de tiempo transcurrido desde que el sujeto tuvo el primer pensamiento suicida planificado hasta la realización del intento o el suicidio. El término hace énfasis en el desarrollo a través del tiempo, sugiriendo que el suicidio no es un acto que ocurre por impulso de quien lo comete, sino que es un hecho que tiene una historia previa.

**Proyecto suicida.** Término utilizado para referirse a la planificación del suicidio.

**Repetidor.** Individuo que ha realizado un intento suicida anterior o quien previamente ha realizado una tentativa de suicidio.

**Representación suicida.** Son las fantasías suicidas o imágenes mentales en las que el sujeto se percibe llevando a vaís de hecho sus propósitos autodestructivos, sin que exista el contexto suicida para poner en peligro la vida.

**Riesgo suicida.** Término utilizado para referirse a los sujetos en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro inmediato o aquellos que lo pudieran cometer durante sus vidas.

**Síndrome Presuicidal.** Estado psíquico inmediatamente antes del actosuicida, descrito por E. Ringel en 1949 y consistente en constricción del afecto y el intelecto, inhibición de la agresividad y fantasías suicidas, los cuales se refuerzan entre sí. El Síndrome Presuicidal o presuicida no forma parte de enfermedad psiquiátrica alguna, pero es un denominador común de aquellos trastornos que conllevan al suicidio.

**Situación suicida.** Una situación que conlleva elevado riesgo de cometer un acto suicida, como es el caso de un individuo que haya realizado un intento suicida y actualmente presenta una depresión.

**Suicida.** Término con múltiples significados entre los que se incluye el que ha terminado su vida por suicidio, el que ha realizado intentos de suicidio de carácter

grave con peligro para la vida, el que realiza actos temerarios con peligro para la vida o para su integridad física, psicológica o su desarrollo social.

**Suicida tipo.**- No existe un suicida tipo, pero el término se utiliza para definir un conjunto de características comunes a una población suicida determinada, como pueden ser el suicida tipo en las prisiones, el suicida tipo en las escuelas, el suicida tipo entre los adolescentes, el suicida tipo en los hospitales de corta o larga estadía, el suicida tipo en la involución o la vejez, el suicida tipo en una localidad, una región o un país, etc.

**Suicidio.** Según la clasificación NASH, es una de las formas de morir en la que el individuo, utilizando determinado método se autoagrede, el resultado de esta agresión conduce a la muerte. Es el homicidio de sí mismo, el acto suicida que termina en la muerte.

**Suicidiología.** Es el estudio científico de la conducta suicida en sus aspectos preventivos, de intervención y rehabilitatorio. Comprende el estudio de los pensamientos suicidas, los intentos de suicidio, el suicidio y su prevención.

**Suicidio accidental.** Es el suicidio de sujetos que no deseaban morir pero que realizaron un intento de suicidio con un método de elevada letalidad. Es la muerte de un sujeto que no deseaba morir debido a alguna complicación del método empleado.

**Suicidio altruista.** Uno de los tipos básicos de suicidio propuesto por el sociólogo francés E. Durkheim en su libro El Suicidio, publicado en 1897 y que ocurre en aquellas sociedades en la que existe una excesiva integración entre el sujeto y su grupo. No suicidarse en determinadas situaciones es un deshonor. El harakiri en el Japón antiguo es un ejemplo, pues seguir viviendo era poco menos que una ignominia. La viuda hindú que moría en la pira ardiente de los restos de su esposo fallecido, es otro ejemplo.

**Suicidio ampliado.** El suicida priva de la vida a otros que no desean morir. Puede darse el caso que el individuo que induzca el suicidio de un grupo de personas o cause la muerte de varios familiares, no cometa suicidio ulteriormente por circunstancias imprevistas o por fracaso del método elegido.

**Suicidio anómico.** Otro de los tipos básicos de suicidio propuesto por E. Durkheim, que ocurre cuando la interacción entre el sujeto y el grupo social al que pertenece se rompe, dejando al individuo sin normas alternativas.

**Suicidio aparente.** Muerte cuya causa probablemente sea el suicidio

**Suicidio asistido.** El termino se refiere al suicidio en el que la muerte del sujeto, aunque ha sido ocasionada por el mismo, han intervenido otro u otros individuos, aconsejándole la manera de llevarlo a cabo, poniendo los medios a su disposición y el modo de emplearlos, como por ejemplo alguna maquina que introduzca una sustancia venenosa en una vena canalizada y cuyo funcionamiento lo puede realizar el sujeto suicida.

**Suicidio colectivo.** Término utilizado para referirse al suicidio de grupos de personas, principalmente por motivaciones religiosas o políticas. Aunque no tiene necesariamente que haberse realizado un pacto suicida explícito, existe, detrás de todo suicidio colectivo, un acuerdo implícito de morir por suicidio entre los miembros del grupo en cuestión que se realiza ante un grupo de circunstancias consideradas previamente.

**Suicidio consumado. Efectivización del suicidio.**

**Suicidios crónicos.** Conductas que conllevan la autodestrucción del sujeto, no de forma inmediata, ni con plena conciencia o intencionalidad, sino a largo plazo y con diversos grados de destrucción física, psíquica o social. Entre estos suicidios crónicos se citan el alcoholismo, la drogadicción, la conducta antisocial, la invalidez neurótica, el ascetismo, el martirio, etc. El término fue propuesto por K. Menninger.

**Suicidio doble.** Suicidio de dos personas relacionadas entre sí, que pueden o no haber realizado un pacto suicida. Pueden ser padre o madre e hijo, hermanos, cónyuges, etc.

**Suicidio egoísta.** Uno de los tipos de suicidio descrito por E. Durkheim que ocurre cuando el sujeto no tiene por qué seguir viviendo, pues no posee vínculos sociales o grupos de pertenencia que le brinden apoyo. Prácticamente el sujeto no dispone de integración social.

**Suicidio fatalista.** Otro de los suicidios propuestos por E. Durkheim, cuya causa es la regulación social excesiva y el control insoportable que ejerce la sociedad sobre los individuos en la mayoría de sus actos.

**Suicidio frustrado.-** Es aquel acto suicida que no conlleva la muerte del sujeto por circunstancias fortuitas, casuales, imprevistas, que si no se hubieran presentado, se hubiera producido necesariamente el desenlace fatal.

**Suicidio intencional.-** Es el acto suicida realizado por el sujeto con el propósito deliberado de morir.

**Suicidios localizados.-** Término propuesto por Karl Menninger en su libro “El hombre contra sí mismo”, para referirse a un conjunto de conductas agresivas tales como la automutilación, la policirugía, la impotencia y la frigidez, las enfermedades fingidas, etc.

**Suicidio palmo a palmo.-** Son aquellas conductas autodestructivas indirectas, consideradas por E. Durkheim como especies embrionarias de suicidio o equivalentes suicidas. Son los suicidios crónicos o a largo plazo.

**Suicidio racional.-** Término utilizado para definir aquellos suicidios que ocurren en ausencia de una enfermedad mental, como supuesta expresión de la libertad del sujeto para elegir su propia muerte, sobre todo en aquellas situaciones en las que la vida no ofrece oportunidad alguna, existiendo elevada intencionalidad y motivaciones racionales que justifican dicho acto. Se considera por diversos autores

que es un término ambiguo, poco realista, porque es muy raro que ocurra un suicidio en ausencia de una enfermedad mental o una condición psicopatológica demostrable, como han concluido un gran número de autopsias psicológicas.

**Tasas de suicidio.**- Es el número de suicidios que ocurren en una localidad por cada 100 000 habitantes cada año. Puede referirse a toda la población o a una parte específica de ella según grupos de edades o sexos. Es un dato que debe ser tomado con cautela cuando se refiere a poblaciones menores de 100 000 habitantes, y para la realización de acciones preventivas, pues por ejemplo, los dos países que acumulan la mayor cantidad de suicidios que ocurren en el mundo no aparecen entre los diez primeros según las tasas y todos los que aparecen en los diez primeros lugares según sus tasas sólo conforman una mínima parte de los suicidios que ocurren cada año.

**Tendencias suicidas.**- Actitud caracterizada por la intención, planificación, posible decisión o impulsos de cometer suicidio.

**Tipologías suicidas.**- Clasificación de los suicidas según las características que le son comunes. Para E. Durkheim son cuatro los tipos de suicidas según la mayor o menor integración social o regulaciones sociales: egoísta, altruista, anómico y fatalista. Menninger distingue tres tipos según el motivo predominante del acto: deseos de matar, deseos de morir y deseos de ser muerto. Baechler describe cuatro categorías basadas en la lógica del individuo suicida: escapista, agresivo, oblativo y lúdico. Mintz los clasifica según diferentes motivaciones existentes en los suicidas: hostilidad contra el objeto previamente introyectado, agresión dirigida contra sí mismo, gratificación narcisista o masoquista, reducción de la culpabilidad, destrucción de sentimientos intolerables, como acto de renacimiento, como reunión, para escapar del dolor, respuesta contrafóbica al miedo a la muerte, etc.

**Unidad de suicidología.** Servicio destinado a la hospitalización de los individuos que hayan realizado una tentativa de suicidio, presenten ideas suicidas o planes suicidas con riesgo elevado de realizarlo. Puede encontrarse ubicada en un Hospital General, adjunta a la sala de Psiquiatría o como parte de una Unidad de Intervención en Crisis.