

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN DE AREQUIPA
FACULTAD DE MEDICINA**



**“CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA
EN ADOLESCENTES DEL CUARTO Y QUINTO AÑO DE SECUNDARIA DE LA
I.E. SANTA ROSA DE LIMA, AREQUIPA, 2015”**

Trabajo de Investigación elaborado por:

FERNANDO BRAYAN CHITE HUAYHUA

Para optar el Título Profesional

De Médico Cirujano

Tutor:

Dr. JUAN MANUEL ZEVALLOS RODRIGUEZ

Arequipa – Perú

2015

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme permitido concluir con éxito este trabajo, también quiero agradecer a los docentes de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de San Agustín que en estos siete años de estudio brindaron sus conocimientos para poder alcanzar mi meta.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a:

Mi madre LUZMILA por su amor y apoyo infinito que me permitió cumplir este sueño.

Mi padre JUSTINIANO por su amor incondicional y por sus mimos.

Mi novia CARMEN por soportarme en los momentos de estrés y por estar a mi lado en este trayecto de mi vida.

A toda mi familia quien forjo en mí una persona de bien, pero sobre todo a mi tío GERMAN quien fue un ejemplo en mi niñez.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	6
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	8
A. JUSTIFICACIÓN	9
B. ANTECEDENTES	10
C. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
D. OBJETIVOS	12
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	13
A. CONCEPTO DE SUICIDIO	15
B. SUICIDIO EN ADOLESCENTES	18
C. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SUICIDIO	19
D. LA ADOLESCENCIA	19
E. DUELO EN LA ADOLESCENCIA	20
F. EL ADOLESCENTE Y LA FAMILIA	21
G. RENDIMIENTO ESCOLAR	22
H. FACTORES BIOQUIMICOS	22
I. CONDUCTA SUICIDA	24
J. EL ADOLESCENTE SUICIDA, LA FAMILIA Y EL MEDIO	27
K. CREENCIA, ACTITUD Y COMPORTAMIENTO	27
L. CREENCIAS Y COMPORTAMIENTOS	28
M. CREENCIAS Y ACTITUD	30
N. CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA	33
N.1LEGITIMACIÓN DEL SUICIDIO	34
N.2SUICIDIO EN ENFERMOS TERMINALES	34
N.3DEMENSION MORAL DEL SUICIDIO	34
N.4EL PROPIO SUICIDIO	34

CAPÍTULO III. MATERIAL Y MÉTODOS	35
A. AMBITO DE ESTUDIO	36
B. UNIDAD DE ESTUDIO	37
C. UNIVERSO Y MUESTRA	37
D. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	37
E. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	38
F. PROCEDIMIENTO	39
G. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	40
H. DEFINICIONES OPERACIONALES	40
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	42
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	54
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	60
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXOS	65

RESUMEN

Objetivo: Conocer las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en sus dimensiones: legitimación del suicidio, suicidio en enfermos terminales, dimensión moral del suicidio y el propio suicidio, relacionadas al sexo, edad y convivencia familiar en adolescentes del cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Santa Rosa de Lima, Arequipa, 2015. **Material y métodos:** según Altman el trabajo fue observacional, prospectivo y transversal. La población se compuso de 114 estudiantes, 53 del sexo masculino y 61 del femenino, con edades de 14, 15 y 16 años. Para identificar la presencia de creencias favorables hacia el comportamiento suicida se utilizó el cuestionario CCCS-18 y las variables sexo, edad y convivencia familiar fueron identificadas con una encuesta. **Conclusiones:** la presencia en general de creencias favorables hacia el comportamiento suicida fue del 65,8%, siendo mayor en el sexo femenino (53,3%). En relación a la edad, los adolescentes de 15 años mostraron creencias favorables en una mayor frecuencia (56%) que los de 14 años (24%) y 16 años (20%). Respecto a las dimensiones del suicidio, sólo se halló dependencia en el caso de creencias favorables hacia el propio suicidio relacionadas al sexo y edad ($\chi^2=3,92$ y $6,88$; $p<0,05$). **Palabras clave:** creencias, comportamiento suicida en adolescentes, dimensiones del suicidio.

ABSTRACT

Objective: To determine the attitudinal beliefs about suicidal behavior in its dimensions: legitimacy of suicide, suicide terminally ill, moral dimension of suicide and suicide itself, relating to sex, age and family life in adolescents of the fourth and fifth year of high school EI Santa Rosa de Lima, Arequipa, 2015. **Material and methods:** according to Altman's work was observational, prospective and cross. The population consisted of 114 students, 53 male and 61 female, aged 14, 15 and 16. CCCS-18 questionnaire and the variables gender, age and family life used were identified in a survey to identify the presence of favorable beliefs toward suicidal behavior. **Conclusions:** The overall favorable beliefs toward suicidal behavior was 65.8%, being higher in females (53.3%). In relation to age, adolescents 15 years showed favorable beliefs in a higher frequency (56%) than 14 years (24%) and 16 (20%). Regarding the dimensions of suicide, dependence was found only in the case of favorable beliefs toward suicide itself related to sex and age ($\chi^2 = 3.92$ and 6.88 ; $p < 0.05$).

Keywords: beliefs, suicidal behavior in adolescents, dimensions of suicide.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

A. JUSTIFICACIÓN

El suicidio en nuestro medio constituye un problema de salud muy importante, pero en gran medida prevenible que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en innumerables víctimas al año, además de unos costos económicos cifrados en millones de soles según lo señalado por la OMS. Las estimaciones realizadas indican una amplia y significativa proyección en el 2020; es decir, las víctimas podrían ascender a 1.5 millones¹, por lo que es necesario adoptar con urgencia medidas coordinadas y más enérgicas para evitar ese número innecesario de víctimas, de ahí que el presente estudio se enmarque en el criterio de relevancia social contemporánea; ya que entre los países de Europa del Este que informan una alta incidencia de suicidios, revelan que las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años¹.

El suicidio entre los jóvenes es una tragedia no mencionada en nuestra sociedad, de manera tradicional se ha evitado la idea de que nuestros jóvenes encuentran la vida tan dolorosa que de forma consciente y deliberada se causan la muerte. En algunos casos puede ser más fácil llamar “accidente” a un suicidio. El índice de suicidios para niños mayores de 14 años de edad está incrementándose a un ritmo alarmante y para los adolescentes esta aumentado aún más rápido²

Desde el punto de vista de la relevancia humana, se considera que la actual vida moderna ocasiona en el ser humano situaciones que muchas veces son intolerantes y por lo tanto, producen consecuencias desagradables sobre la salud física y mental que pueden configurar en los jóvenes, alteraciones de diferente intensidad³.

El presente estudio podría considerársele como innovador y no original en razón a que no ha sido abordado a cabalidad, la incidencia sigue siendo alta y los factores causales no han sido tratados para su erradicación.

Científicamente la importancia de este estudio está dada puesto que con los resultados a obtener se contribuirá a aumentar el conocimiento del comportamiento del ser humano.

B. ANTECEDENTES

A Nivel Internacional

Vásquez Machado, Andrés, Guarachi Catari, Dora (2010), Bolivia, realizaron un estudio sobre la Epidemiología del Intento de Suicidio en el Hospital Madre Obrera, Llalagua”, concluyeron que el perfil de las personas que intentan suicidarse coincide con el de otros países. Jóvenes del sexo femenino, estudiantes y amas de casa, hombres solteros y mujer con pareja. Utilizan en su mayoría la ingestión de sustancias tóxicas, fundamentalmente organofosforados. Los precipitantes del acto suicida son los conflictos interpersonales y entre otros factores de riesgo suicida se destaca la presencia de ideación suicida, intentos de suicidio previos, antecedentes suicidas en la familia y la presencia de trastornos psiquiátrico como los trastornos de personalidad y depresión. La mayoría de los intentos de suicidio se realizaron de manera impulsiva y bajos los efectos del alcohol⁴.

A Nivel Nacional

Duran, Dante; Mazzotti, Guido y Vivar Aldo (2000) Lima. Realizaron el estudio: “Intento de Suicidio y Depresión Mayor en el Servicio de Emergencia de un Hospital General”, Ellos llegaron a las siguientes conclusiones: que el paciente que acude con historia de intento de suicidio al servicio de emergencia de un hospital general en nuestro país suele ser de sexo femenino, joven, soltera, con grado de instrucción secundaria, desempleada, católica, de procedencia urbana, que llega a la emergencia somnolienta por la ingesta de raticidas o sobredosis de fármacos, motivada por un problema familiar o de pareja. La prevalencia de episodio depresivo mayor en esta población fue de 41.9%. La presencia de episodio depresivo mayor estuvo asociada con sexo femenino, edad mayor de 35 años y antecedente personal de enfermedad psiquiátrica⁵.

A Nivel Local

Morales Charaja E. y Montesinos Aguilar L. Arequipa (2012). Factores Asociados a la Incidencia de pacientes con Intento de Suicidio atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, 2010 – 2011. Concluyeron que: En relación a los factores demográficos: edad, género, ocupación, zona de residencia, y convivencia familiar: las edades de 15 a 20 y 26 a 35; el género

femenino; el trabajo independiente y ocupación estudiante, así como la zona de residencia urbana, son los factores que mayormente se asocian a la incidencia de intentos de suicidio de los pacientes ingresantes al Servicio de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa: en los años 2009 – 2010. En consideración a los factores culturales, en el factor económico, en el mínimo vital el que se asocia mayormente a la incidencia de intento de suicidio. El intento de suicidio se debe a los factores sociales: limitada comunicación, inadecuadas relaciones interpersonales, familiares y carencia de diálogo sostenido se relacione con la incidencia de intento de suicidio. La incidencia de intento de suicidio en los años 2009 y 2010 es relativamente alta, lo demuestra los porcentajes de pacientes ingresantes con intento de suicidio⁶.

Los intentos suicidas de los adolescentes están muy relacionados a la depresión, estudios realizados con esta población por Enrique Macher director del instituto nacional de salud mental “Honorio Delgado”, llega a la conclusión, que el 21% de menores peruanos sufren de dichos trastornos que, en algunos casos, pueden culminar en suicidio, del mismo modo intervienen factores sociales, ligados a la pobreza, los cual genera una baja autoestima⁶.

C. DEFINICION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

Debido a lo mencionado anteriormente, se observa que los casos de intento y suicidio consumado en adolescentes están elevándose alarmantemente; por lo que es necesaria la prevención oportuna, para lo cual el presente trabajo de investigación se propone responder la siguiente interrogante:

- ¿es posible conocer las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en sus dimensiones: legitimación del suicidio, suicidio en enfermos terminales, dimensión moral del suicidio y el propio suicidio, relacionadas al sexo, edad y convivencia familiar, en adolescentes del cuarto y quinto año de secundaria de la i.e. santa rosa de lima, Arequipa, 2015?

D. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en sus dimensiones: legitimación del suicidio, suicidio en enfermos terminales, dimensión moral del suicidio y el propio suicidio, relacionadas al sexo, edad, y convivencia familiar, en adolescentes del cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Santa Rosa de Lima, Arequipa, 2015.

Objetivos específicos:

- Conocer las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en sus dimensiones en relación al sexo, en adolescentes del cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Santa Rosa de Lima, Arequipa, 2015.
- Conocer las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en sus dimensiones en relación a la edad, en adolescentes del cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Santa Rosa de Lima, Arequipa, 2015.
- Conocer las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en sus dimensiones en relación a la convivencia familiar, en adolescentes del cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Santa Rosa de Lima, Arequipa, 2015.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un importante problema de salud pública. Según las estimaciones de la OMS, uno de los hallazgos más preocupantes a nivel mundial es el aumento de las tasas de suicidio que está produciendo entre los jóvenes (15 a 24 años), que se sitúa como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad⁷.

Mientras de que la incidencia de muertes por suicidio en la población general disminuyó hasta en 13% en los últimos 20 años, lo inverso viene ocurriendo con los adolescentes y niños, en quienes las tasas de suicidio se han incrementado en EEUU y Europa como en Latinoamérica⁷.

La relación entre intento de suicidio y el suicidio permanece en una relación de 50:1⁷. Lo que supone que ambos fenómenos de manera conjunta han aumentado; no así el éxito de los intentos. El intento de suicidio en menores se convierte entonces en un problema de salud pública que cada vez involucra pacientes de menor edad.

En una revisión extranjera destacan dos estudios sobre comportamiento suicida en adolescentes: uno canadiense y otro norteamericano. Éstos presentan 33% y 24% de ideación suicida y 9,3% y 3,3% de intentos, respectivamente. Una reciente revisión sistemática concluye que 29,9% de adolescentes ha tenido ideas suicidas en algún momento de su vida y 9,7% y 6,8% han atentado contra sí mismos alguna vez en la vida o en los últimos 12 meses, respectivamente. En relación a los datos biodemográficos hay un predominio de suicidios e intentos de suicidios en sexo femenino, con un incremento a temprana edad, entre los 16 y 18 años. En cuanto a las desventajas socioeconómicas, éstas muestran escasa evidencia de asociación al intento suicida. Lo que sí se observa es que los adolescentes que intentan quitarse la vida provienen de familias más disfuncionales en comparación con adolescentes controles⁸.

En nuestro país los intentos suicidas de los adolescentes están muy relacionados a la depresión, estudios realizados con esta población por Enrique Macher director del instituto nacional de salud mental “Honorio Delgado”, llega a la conclusión, que el 21% de menores peruanos sufren de dichos trastornos que, en algunos casos, pueden culminar en suicidio, del mismo modo intervienen factores sociales, ligados a la pobreza, los cual genera una baja autoestima⁹.

Para prevenir el intento y el suicidio consumado, es primordial conocer los factores de riesgo e identificar el comportamiento suicida, que son aquellos que los predisponen. Puesto que el comportamiento suicida es un continuo que va desde la ideación, pasando por los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho.

El presente estudio se abordará entorno a las creencias de los adolescentes sobre las dimensiones del comportamiento suicida, relacionándolas con la edad, sexo y convivencia familiar. Obtener esta información sería significativo para la intervención oportuna en este grupo poblacional. Asimismo, puede propiciar un sustento para el desarrollo de programas sociales en materia de prevención del suicidio y a tención de adolescentes con riesgo suicida. Igualmente, las acciones preventivas podrían focalizarse mejor en grupos de riesgo y por lo tanto estarán mejor organizadas; permitiría el acceso de una mayor cantidad de persona a estos servicios, en especial a grupos vulnerables.

MARCO CONCEPTUAL

A. CONCEPTO DE SUICIDIO

El suicidio es definido por la OMS, como "todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil"⁷.

El Francés Emile Durkheim los define como "todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado", entonces de este enunciado se desprende que el suicidio es la autoeliminación o negación de la vida por propia mano y que está condicionada a muchos factores desencadenantes¹⁰.

La mayor parte de los que tienen ideas suicidas están, además, deprimidos. Los dos principales motivos por los que una persona se deprime son, en primer lugar, la pérdida del control sobre su situación vital y sus emociones y, en segundo lugar, la pérdida de toda la visión positiva del futuro (desesperación)¹¹.

La depresión hace que la visión del mundo circundante se estreche hasta tal punto de que se llegue a distorsionar la realidad. Los individuos se fijan únicamente en los aspectos negativos de la vida, y los positivos los pasan de largo como si no tuvieran importancia alguna o, sencillamente, no existieran. Rechazan por erróneas todas las opciones que se les ofrecen para resolver su problema, hasta que parece que no hay solución posible. Interiorizan una tristeza persistente y angustiosa que, como la muerte súbita del padre o de la madre, produce un dolor que dura semanas, meses o incluso años. Empiezan a creer que nada los puede aliviar y que su dolor no va a acabarse nunca. ¡Puede que la única solución sea la muerte!(11)

Casullo, M., en su artículo *Depresión y Suicidio en Adolescentes*, mencionada por Saldaña, indica que varios trastornos psicopatológicos coexisten con los comportamientos suicidas siendo la depresión el cuadro clínico más relacionado con este comportamiento.(12)

Aproximadamente un 15% de las personas con esta psicopatología realizan intentos suicidas; y el 65% de quienes intentan quitarse la vida sufre un tipo de depresión primaria.(12)

El suicidio no soluciona nada, lo único que hace es adelantar el final sin haber encontrado solución. No se puede decir que el suicidio sea una opción, ya que opción quiere decir “posibilidad de optar o elegir”, y el suicidio nos arrebatara para siempre lo uno y lo otro. La muerte es un acontecimiento irreversible que, no sólo no elimina el dolor, sino que lo transmite a quienes nos rodean. También transmiten su dolor las personas que viven en la más absoluta soledad y se quitan la vida. Se los transmiten a aquellos miembros de la sociedad a quienes les importa y les preocupa. Algunas personas pueden ser propensas a la depresión, padecer un desequilibrio químico, o haber pasado muchas desgracias a lo largo de su vida: algo que, en suma, les conduce a la depresión. Hay personas que “llaman a la depresión a gritos”, son las que cultivan procesos cognitivos y reales, y aspiran en la vida a objetivos inalcanzables. Sea cual sea la causa de la depresión, cualquier persona puede verse asaltada por intensas ideas de suicidio cuando el futuro se muestra desesperanzador.(12)

No hay ninguna clase, tipo o perfil de persona de persona que pueda tener la seguridad de no albergar jamás pensamientos de suicidio. Los médicos, los terapeutas y los adolescentes ocupan los primeros puestos en las estadísticas de suicidios consumados; si bien parece que en personas con firmes convicciones religiosas es más infrecuente el intento de suicidio¹³.

La enfermedad psiquiátrica con más riesgo de suicidio es la depresión. Los momentos de la enfermedad con más riesgo son cuando disminuye la inhibición y la melancolía (empiezan a mejorar) o cuando se inicia la depresión. Los tres síntomas de la depresión relacionadas con el suicidio son:

- Aumento del insomnio.
- Aumento del abandono del cuidado personal.
- Aumento del deterioro cognitivo.

Existen varias opiniones sobre la significación de los síntomas psiquiátricos en el paciente suicida. Los intentos de suicidio representan una condición depresiva que es fácil de reconocer. Los depresivos endógenos corren mayor riesgo que los depresivos reactivos, los intentos de suicidio son impulsivos, pueden decidirse una hora antes¹³.

Por su parte Freud, busca explicar la conducta suicida como común denominador de una situación conflictiva interna en cada auto inmolación realizada o fallida. Además señala que los estados depresivos conllevan un germen de muerte, sobre todo cuando la angustia y la melancolía se mezclan¹³.

Los intentos de suicidio son especialmente comunes entre la mujeres menores de 35 años (más entre 15 y 24 años), los hombre los hacen en edad más avanzada. Por clases sociales es más común en las clases más bajas, pero más efectivo entre las clases altas y grupos profesionales de alto estatus económico¹⁴.

El suicidio es causa importante de muerte entre adolescentes, al lado del homicidio y las muertes accidentales.

Es menos frecuente antes de los 12 años, menor al 10%. A menor edad, mayor incidencia en varones y el método es más brutal (estrangulamiento, defenestración, ahogamiento, arrojamiento contra auto en movimiento)¹⁴.

Algunos estudios indican que cerca del 46% de quienes los intentan, repiten; y cerca del 50% de éstos lo hace durante los primeros dos años. Y el riesgo aumenta cuando hay una planificación detallada¹⁴.

El suicidio es la última expresión de un rechazo o una condenación de sí mismo, y de la destrucción de la propia identidad. No hay autoestima y el instinto de conservación ha perdido plenamente su fuerza para preservar la vida¹⁴.

B. SUICIDIO EN ADOLESCENTES

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 una joven a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto y como puede prevenirse.

Los expertos en el tema dicen 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 el medio ambiente y como afecta este último a su personalidad, son causas que determinan que el individuo intente o no suicidarse¹⁵.

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 adicionales¹⁵.

Otro tipo de suicidio es el que se conoce como submeditado, en donde la intención de morir no es consciente, de manera que la víctima “sin reconocerlo” se autodestruye lentamente. Es el caso de las personas que padecen una enfermedad provocada por pensamientos negativos o estados emocionales que afectan la salud física. Otra forma indirecta de autodestrucción consiste en la ingestión de sustancias dañina para la salud como drogas, alcohol y tabaco¹⁶.

C. FACTORES DE RIESGO ASOCIADAS AL SUICIDIO

- Edad y sexo: Mujeres menores de 35 años, hombres mayores de 40.
- Estado civil: Separación, divorcio o viudez.
- Pérdida inminente de un ser querido(cónyuge)
- La soledad y el aislamiento social.
- Problemas económicos, cese del trabajo o jubilación.
- Mala salud.
- Ocupación de alto estatus.
- Depresión (sobre todo endógena).
- Enfermedad terminal.
- Problemas con alcohol y/o drogas.
- Anteriores intentos de suicidio.
- Historia previa de trastornos afectivos.
- Historia familiar de trastornos afectivo, suicidio, alcoholismo.
- Indicios suicidas (avisos o conversaciones suicidas).
- Preparativos (hace testamento, seguros, nota suicida).

En general los paciente suicidas están dispuestos a hablar de sus intenciones y para algunos la necesidad de comunicarse con alguien que les toma en serio es terapéuticamente positivo. Cuando existe la posibilidad de suicidio se le debe animar a que hable de ello y procurar emplear tiempo en el futuro para seguir hablando del tema con lo cual se puede facilitar el ingreso temporal en una unidad psiquiátrica y/o proporcionar la ayuda necesaria para atenuar las circunstancias que provocan el intento suicida¹⁷.

D. ADOLESCENCIA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un período comprendido entre los 10 y 19 años¹⁸.

La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase; comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años¹⁸.

La adolescencia media y tardía se extiende desde los 15 a los 19 años. Para la Organización Mundial de la Salud la denominación de jóvenes comprende desde los 10 a los 24 años, incluyendo por tanto la adolescencia (de 10 a 19 años) y la juventud plena (de los 19 a los 24 años)¹⁸.

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición es tanto física como psicológica por lo que debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social. Por lo cual la edad exacta en que termina la adolescencia no es homogénea y dependerá de cada individuo¹⁸.

E. DUELO EN LA ADOLESCENCIA

Por otro lado, durante la adolescencia, el individuo abandona gran parte de sus ideas e imágenes infantiles, tan importantes para él durante todo su desarrollo anterior. De esta manera el intento suicida puede ser la representación de su trabajo de duelo. De acuerdo con Aberastury, durante la adolescencia se elaboran tres duelos básicos:

- a. El duelo por el cuerpo infantil.
- b. El duelo por la identidad y el rol infantil.
- c. El duelo por los padres infantiles, es decir, el duelo por la imagen con la que percibía a sus padres durante la infancia. En una situación ideal, la elaboración de estos duelos permitirá que el adolescente continúe con su desarrollo. El suicidio de los adolescentes puede tener varios significados, aparte de los mencionados. Éstos son aplicables a todas las edades de la vida, pero debe advertirse, en función de la madurez del individuo, hay significados que se aplican preferentemente a ciertos periodos de la vida¹⁹.

F. EL ADOLESCENTE Y LA FAMILIA

Existen desde luego factores familiares que pueden fomentar el suicidio en adolescente, pero que en sí mismos no son decisivos para que se decida hacer un intento suicida. Muchos de ellos pueden contribuir a la confusión y a la depresión del joven, pero se requiere la conjunción de una diversidad de factores para que se llegue al extremo de la autodestrucción¹⁹.

Se ha observado que en las familias de adolescentes suicidas:

- Los padres con depresión experimentan sentimientos de desesperanza y desaliento. El joven que por el momento en que pasa, sufre esos mismos sentimientos, no posee la herramientas para mejorarlos, no tienen la autovaloración positiva o autoestima adecuada que le genera una incapacidad para manejar sentimientos negativos¹⁹.

- Los padres con poco control de sus impulsos en su enfrentamiento diario con la vida.
- Familias con manejo del estrés en forma inadecuada.
- Aprendizaje de baja tolerancia a la frustración.
- Familias con miembros con alcoholismo o adicción.

- Estructura familiar que se caracteriza por un sistema cerrado que inconsistentemente prohíbe a sus miembros comunicarse entre sí y relacionarse estrechamente con el exterior. De manera aún el joven se siente aislado dentro y fuera de casa, en donde tampoco la comunicación se da abiertamente¹⁹.

- Las relaciones intrafamiliares se encuentran desbalanceadas y el adolescente sirve de chivo expiatorio que carga con las culpas, los defectos o las partes malas de la familia. De esta manera el joven deprimido siente que no es deseado y que no se le quiere, tiene un sentimiento desvalorizado, baja autoestima, de abandono que expresa por medio de aislamiento y, posteriormente, de un intento suicida¹⁹.

- Familias que no son fuente de apoyo y aceptación por la inexperiencia y las propias vivencias pueden alterar el funcionamiento de la familia.

-Vulnerabilidad del grupo etario; los más vulnerables son los niños y adolescentes. Para algunos, el detonante suele ser el divorcio de los padres, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, las mudanzas a otras localidades, en muchos casos, el suicidio “aparenta” ser una solución¹⁹.

G. RENDIMIENTO ESCOLAR

El hecho de que los estudiantes que comenten suicidio tengan mejores rendimientos escolares revela una paradoja dolorosa. Los estudiantes suicidas se desempeñaban bien en la escuela, sin embargo, amigos y parientes reportan que casi todos ellos estaban insatisfechos con su desempeño académico. Estaban llenos de dudas acerca de su propia capacidad para tener éxito, una explicación para estos sentimientos es que los estudiantes estaban muy motivados hacia el logro y tenían expectativas irrealmente altas para sí mismos¹⁹.

Relacionado con lo anterior, muchos estudiantes suicidas sienten una vergüenza abrumadora y deshonra debido a su sensación de haberle fallado a los demás.

H. FACTORES BIOQUÍMICOS

Ni una perspectiva puramente sociológica o psicológica parece explicar adecuadamente las causas del suicidio. También es probable que estén implicados otros factores.

Las formulaciones teóricas a nivel neuroquímico de los trastornos afectivos han implicado sobre todo a las aminas biógenas (noradrenalina, serotonina y dopamina) y a otros elementos de la neurotransmisión cerebral como acetilcolina, GABA y neuropéptidos (vasopresina y opiáceos)²⁰.

Las hipótesis catecolaminérgica (noradrenalina, dopamina) e indolaminérgica (serotonina) han sido las más ampliamente estudiadas y desarrolladas. De forma resumida, ambas teorías vienen a sostener que en los trastornos depresivos existe un déficit de aminas biógenas (noradrenalina y serotonina, respectivamente) como puede deducirse de la eficacia de ciertos antidepresivos por su capacidad de aumentar

los niveles de estos neurotransmisores en la sinapsis, bien mediante un bloqueo de la recaptación, bien mediante una inhibición de la degradación. Los datos que permitieron el enunciado de estos postulados son de carácter indirecto (acción de unas sustancias en una patología) y no explican algunos fenómenos observados en los estudios neuroquímicos y terapéuticos de los trastornos afectivos. Así, no se han confirmado los déficits de monoaminas en el SNC o en el LCR ni se explica la existencia de un período de latencia en el inicio de la acción antidepresiva clínica cuando el efecto neuroquímico es inmediato. A este respecto, se han formulado posteriormente teorías sobre la sensibilidad de los receptores que justificarían esa latencia en la respuesta antidepresiva. Un hallazgo común a todos los tratamientos antidepresivos a largo plazo es un descenso de la sensibilidad de los receptores β_1 -adrenérgicos postsinápticos. Otras modificaciones asociadas al tratamiento crónico son: aumento de la sensibilidad de los receptores α_1 -adrenérgicos, disminución de la sensibilidad de los receptores 5HT₂ postsinápticos y de los receptores α_2 -adrenérgicos presinápticos²⁰.

La implicación de la dopamina en las patologías afectivas se basan, entre otras, en la provocación de cuadros maníacos tras la administración de fármacos agonistas dopaminérgicos (pe, bromocriptina), en la precipitación de sintomatología depresiva con la administración de sustancias antagonistas de la neurotransmisión dopaminérgica (p. e., haloperidol) y en la determinación de unos bajos niveles de ácido homovalínico en LCR en los pacientes con depresión²⁰.

En relación al sistema colinérgico, se ha enunciado la existencia de un desbalance entre noradrenalina y acetilcolina en regiones cerebrales que regulan el estado de ánimo de manera que el predominio de la actividad colinérgica se asociaría con depresión y un predominio de la actividad noradrenérgica se vincularía a psicopatología maniforme.

La regulación neuroendocrina se localiza en el hipotálamo. Esta región cerebral recibe influencias de numerosos sistemas neurotransmisores entre los que se encuentran las aminas biógenas. Se ha postulado que las anormalidades de diversos ejes neuroendocrinos que se evidencian en pacientes con trastornos afectivos pudieran estar relacionadas con alteraciones neuroquímicas subyacentes.

En realidad no se puede decir exactamente cuáles pueden ser los verdaderos motivos para que un adolescente decida suicidarse, ya que ha habido jóvenes que aparentemente lo tenían todo en la vida: salud, una familia estable, un círculo amplio de amistades y un buen nivel académico que lo han intentado, pero muchos de ellos han logrado salvarse gracias a los avances de la ciencia, ya que se les ha puesto bajo tratamiento médico²¹.

I. CONDUCTA SUICIDA

Schneiderman, experto en salud mental, clasifica la conducta suicida en cuatro tipos:

1. La conducta suicida impulsiva, que generalmente se presenta después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo.
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.
3. Una enfermedad grave, que puede llevar a pensar que “no hay otra salida”.
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 sentimientos²¹.

Según muchos autores, en la gran mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento adolescente y que generalmente, este exterioriza llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse en forma verbal, por medio de amenazas o de fantasías; o no verbal, en donde surgen desde verdaderos intentos de destrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos y menos indirectos. Estas llamadas de auxilio se dirigen frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular, controlar o expresar algún mensaje a dichas personas, y que con ello se espera provocar una respuesta particular. El joven intenta producir acciones o sentimientos particulares en las personas que lo rodean o pretende avergonzar o despertar sentimientos de culpa en ellos²².

La adolescencia, como etapa de desarrollo de todo individuo, es una etapa dolorosa en que el joven pasa por cambios difíciles que le producen ansiedad y depresión. Por esto, la tentativa de suicidio es una de las conductas más significativas del adolescente. Por el contexto depresivo que la envuelve, la tentativa de suicidio plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis durante la adolescencia. La manipulación de la idea de muerte en el joven suele ser frecuente; sin embargo, hay que distinguir entre el adolescente que piensa en el suicidio, inclusive como una idea “romántica”, y aquel que realmente lo lleva a cabo²².

Durante esta etapa, el adolescente se siente muy inseguro en razón de su desarrollo corporal y, en ocasiones, puede llegar a sentir “que su cuerpo es algo aparte de él”. De hecho, siente la necesidad de dominar su cuerpo que se encuentra en constante cambio; pero como puede vivir su cuerpo como un objeto casi externo y extraño, siente que el momento del intento suicida su cuerpo no es el que realmente recibe la agresión ni canaliza hacia él sus tendencias agresivas y destructivas²².

Beachler, destacado investigador sobre el suicidio, describe varios significados posibles:

1. La huida, es decir, el intento de escapar de una solución dolorosa o estresante mediante el atentado en contra de su vida, ya que esta se percibe como insoportable.
2. El duelo, cuando se atenta contra la vida propia después de la pérdida de un elemento importante de la persona.
3. El castigo, cuando el intento suicida se dirige a expiar una falta real o imaginaria. Aquí el joven se siente responsable por un acto negativo y desea autocastigarse para mitigar la culpa.
4. El crimen, cuando el joven atenta contra su vida, pero también desea llevar a otro a la muerte.
5. La venganza, es decir, cuando se atenta contra la vida para provocar el remordimiento de otra persona o para infringirle la desaprobación de la comunidad.

6. La llamada de atención y el chantaje, cuando mediante el intento suicida se intenta ejercer presión sobre otro.
7. El sacrificio, en donde se actúa contra la vida para adquirir un valor o un estado considerado superior, es morir por una causa, y el juego, común en los adolescentes, cuando se atenta contra la vida para probarse así mismo o a los demás que sé es valiente y parte del grupo.

Kovacs, médico psiquiatra, por su parte, menciona que no puede considerarse la conducta suicida del joven como un acto plenamente dirigido por el deseo de morir; dice, que el intento suicida involucra un debate interno, una lucha entre el deseo de morir y el de seguir vivo. El adolescente que intenta suicidarse, lucha internamente contra ambos deseos. Este dato es importante para las personas que desean ayudar a los adolescentes, pues se sabe que en su interior sí existe un deseo de seguir viviendo²².

Por otro lado, algunos autores consideran que la impulsividad propia del adolescente explica en parte el acto suicida. Así, mientras mayor sea la impulsividad de un individuo, mayor será la posibilidad de autodestrucción. Sin embargo, para otros, el factor más significativo del adolescente que intenta suicidarse, es su incapacidad interna de elaborar y superar los procesos de pérdida y duelo por los que pasa, de manera aún prolonga sus sentimientos de decepción y dolor. A su vez, otros especialistas encontraron una relación entre la incapacidad del joven para manejar las situaciones angustiantes y la tendencia al suicidio, y una preocupación excesiva con respecto al fracaso. Así, la conducta autodestructiva puede entenderse como un mecanismo utilizado por algunos jóvenes para manejar tanto el estrés como las situaciones indeseables en la vida²².

J. EL ADOLESCENTE SUICIDA, LA FAMILIA Y EL MEDIO

En toda conducta destructiva existe una buena cantidad de agresión que puede dirigirse hacia adentro; es el caso de los estados depresivos y las tendencias autodestructivas; o dirigirse hacia afuera, se establece una relación entre, el que

agrede (en este caso el adolescente) y quien recibe la agresión. Como la interacción puede darse en muchos niveles, desde el verbal hasta el físico, las dos personas o grupos que interactúan en este juego de agresión, lo hacen de la misma forma en que manejan el resto de su relación (la cual originalmente promovió la agresión) y, con seguridad caerán en un círculo vicioso. Es decir, si el adolescente percibe cierto rechazo o la situación familiar le provoca sentimientos de enojo y de agresión, expresará estos sentimientos y el rechazo por diversos medios; a su vez la familia recibirá éstas expresiones agresivas de la misma forma, lo que fomentará una mayor agresión hacia el joven y de ésta manera se alimentará de un círculo vicioso en donde se requiere de una verdadera comunicación para romper la cadena de agresiones. En caso de que el suicidio ocurra dentro de un contexto interaccional como este, se observa que el comportamiento autodestructivo es un medio para comunicarle a los demás sentimientos, demandas o suplicas que el adolescente no sabe expresar de otra manera. Por lo tanto, el comportamiento autodestructivo se convierte en una comunicación con un propósito determinado y con un contenido dirigido hacia un público específico²³.

La seriedad del intento suicida radica en lo que el joven hace o deja de hacer para ser descubierto antes de morir. Si el fin del acto es comunicar un estado de descontento en general, el joven provocará ser descubierto antes de alcanzado su cometido de morir; sin embargo, aunque esta actuación es de menor gravedad que la de un adolescente que arregla todo para no ser descubierto, siempre debe prestarse la atención debida y ayudar al joven a elaborar y superar la crisis por la que pasa²³.

K. CREENCIA, ACTITUD Y COMPORTAMIENTO

Las creencias, actitudes y los comportamientos son conceptos que hacen referencia a caracterizaciones, premisas e información que operan a nivel individual o de grupo como disposiciones o tendencias que predispone a pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante eventos, persona o cosas²⁴.

Aun cuando las creencias, las actitudes y los comportamientos comparten ciertas propiedades disposicionales las creencias han sido un particular objeto de estudio de la psicología social y han sido consideradas de una forma particular. Estos estudios

han diferenciado a las creencias de las actitudes y del comportamiento en base a su origen, características y funciones²⁴.

Con el fin de esclarecer y especificar el concepto de creencias se revisaran estos aspectos.

L. CREENCIAS Y COMPORTAMIENTOS

Pepitone considera a las creencias como conceptos normativos creados y enraizados en los grupos culturales, “son estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo más allá de la percepción directa de cosas, eventos, personas y procesos²⁴.”

Según Jodelet, las creencias dependen de variables culturales históricas, individuales y ecológicas y tienen además una lógica y coherencia interna que organiza enunciados no verificados. “Son sistemas de referencia que nos permite interpretar lo que nos sucede e incluso dar sentido a lo inesperado”.

Para Ramos, las creencias poseen funciones psicológicas: proporcionan apoyo emocional, control cognoscitivo, regulación moral y una identidad grupal, éste autor plantea el hecho de que las creencias sean enunciados no verificados y que posean estas funciones las hace diferente de los comportamientos o la información organizada.

Consistente con esta noción, Pepitone sugiere que el conocimiento se refiere a la información organizada que los sujetos poseen sobre algún tema o sobre un conjunto de temas, el conocimiento estaría más cercano a la objetividad y a la información documentada, a diferencia de las creencias que se acercarán más a información con poco o ningún fundamento científico; no obstante existe la posibilidad de poseer tanto creencias como comportamientos correctos y creencias y comportamientos erróneos²⁴.

En relación a esta posibilidad de error Leach, señala que dentro de los temas de abuso infantil, castigo y disciplina paterna la información organizada o el cuerpo de conocimiento disponible masivamente por la sociedad ha tenido escaso impacto en

la modificación de pautas conductuales punitivas dentro del sistema familiar, por el contrario, los comportamientos y la información documentada de estos temas a favorecido a dar credibilidad científica a afirmaciones de sentido común y a creencias populares acerca del castigo y la disciplina enraizadas en la cultura.

En una revisión de varias investigaciones y estudios sobre el tema, Leach concluye, que la mayoría de la investigación relevante no ha sido dirigida a llamar la atención de aquellos que hacen y llevan la carga moral de tomar decisiones en la sociedad; por otro lado, existen muchas malas interpretaciones populares de los datos psicológicos que son tomados sin refutación y con la ausencia de intervención profesional, las cuales además son fácilmente publicadas por los medios como una representación autorizada en la materia²⁴.

Leach expone que la mayoría de los estudios concernientes al condicionamiento operante y su relación con el aprendizaje social del niño y que está dirigida desde el ámbito profesional hacia los consumidores (padres, enfermeras. Docentes y trabajadores infantiles) por lo regular no está suficientemente explicada o clarificada, y como una muestra de estas insuficiencias generales cita un libro reciente llamado “Profesionales y padres: Manejo de la conducta infantil” en el cual se expone lo siguiente: “Nosotros aprendemos cuales comportamientos sociales serán o no aceptables por medio de recompensas y castigos...los comportamientos inaceptables deben ser enfrentados y atajados por la aplicación del aprendizaje correcto a través del proceso operante” para las personas ajenas a la psicología tales afirmaciones parecen apoyar la vieja y popular receta del premio y paliza, pero “castigo” efectivo dentro del cuerpo de este estudio es reforzamiento negativo por medio del retiro de gratificantes y por otro lado el papel principal de la ecuación de aprendizaje descrito es el de recompensar conductas²⁴.

De acuerdo con estos señalamientos, al parecer existe una posibilidad importante de que le conocimiento o la información organizada sobre el castigo, disciplina paterna y abuso físico que está disponible para la mayoría de la población este legitimando y brindando credibilidad a las creencias culturales y de sentido común debido a las insuficiencias específicas apuntadas.

Esta situación da sentido a la afirmación de Pepitone quien señala que el comportamiento que posee un grupo o un individuo sobre un tema o conjunto de temas puede estar más cerca de la objetividad y del fundamento científico que las creencias culturales, sin embargo existe tanto la posibilidad de poseer creencias y comportamientos correctos como creencias y comportamientos erróneos²⁴.

En base a los estudios anteriores se puede asumir entonces que las creencias además de ser enunciados aun non verificados difieren del conocimiento también por poseer funciones, psicológicas y específicas: proporcionan apoyo emocional, control cognoscitivo, regulación moral y una identidad grupal, por otro lado y específicamente en el tema de abuso infantil y el castigo físico existen tanto creencias erróneas como conocimientos erróneos que pueden llevar a comportamientos incorrectos.

M. CREENCIAS Y ACTITUD

El termino actitud etimológicamente bien del latín aptus que significa capacidad, conveniencia o adaptación, actitud probablemente por su forma connota un estado subjetivo o mental de preparación para la acción.²⁴

Abbagnano indica que actitud es un término utilizado para señalar la orientación selectiva y activa del individuo en general en relación con una situación o un problemas cualquiera o bien como un proyecto de comportamiento que permite efectuar elecciones de valor frente a una situación determinada.

Kerlinger afirma que la actitud es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante un referente o un objeto cognoscitivo, el cual puede ser una clase o un conjunto de fenómenos, cosas, eventos, comportamientos e incluso construcciones hipotéticas.

Por otro lado Katz dice que actitud es la predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún símbolo, objeto o aspecto de este mundo. Las actitudes incluyen entonces, un núcleo afectivo o sensible del agrado o desagrado y

los elementos cognoscitivos que describen el afecto de la actitud, sus características y sus relaciones con otros objetos²⁴.

Fishbein considera que el comportamiento es una función de las actitudes individuales y sociales, valores y creencia; que las actitudes se desarrollan como una parte del complejo proceso de socialización, que las actitudes yacen en una parte del esquema social dentro del cual el individuo se desarrolla y que por lo tanto las actitudes son extremadamente resistentes al cambio, también afirma que las actitudes tienen características de persistencia, consistencia y motivación; constituidas con algunos residuos de experiencia, producto del aprendizaje²⁴.

Katz y Stollend consideran que las actitudes constan de tres componentes que las caracterizan:

- a. **Cognoscitivo:** en el que se incluyen creencia acerca del objeto psicológico, estas creencias varían de persona a persona y de objeto a objeto; las creencias son de tipo evaluativo e incluyen cualidades deseables e indeseables, aceptables o inaceptables, buenas o malas.
- b. **Emocional:** se refiere a los sentimientos o emociones ligadas al objeto, califica a los sujetos como amor-odio, admiración-respeto, gusto-disgusto, favorable-desfavorable. Tanto el componente cognoscitivo como el emotivo, llegan a confundirse.
- c. **Acción:** lo cual se refiere a la disposición del individuo a responder al objeto, se acepta que existe un vínculo entre el componente cognoscitivo, especialmente en lo referente a las creencias evaluativas.

El consenso con respecto a la definición de actitud es que es una predisposición a responder a un objeto y no a la conducta efectiva hacia él, con la característica de poseer componentes afectivos, evaluativos de valor.

Las creencias por otro lado son consideradas por Fishbein y Ajzen como una parte anterior a las actitudes. Estos autores mencionan que las creencias que el sujeto

maneja del objeto psicológico es información y que esta información puede provenir de la experiencia directa, de las inferencias acerca del objeto o bien de información proveniente de otros individuos. Una vez que las creencias llevan alguna carga afectiva o cognoscitiva se les llama actitudes²⁴.

Pepitone señala que aun cuando las actitudes son relativamente estables, esas son más susceptibles de ser intercambiadas o modificadas por comunicaciones persuasivas que las creencias, las cuales en contraste son notoriamente más resistentes al cambio y tienen raíces demasiado profundas para que puedan ser cambiadas a través del tipo de mensajes que transforman actitudes. “Es más difícil concebir un experimento en el cual las personas que no creen en la vida después de la muerte, lo crean con mucha fuerza después de escuchar mensajes a favor o en contra del tema. Desde otro punto de vista es imposible ignorar el hecho de que las creencias son conceptos normativos creados en grupos, particularmente en grupos culturales”²⁴.

Adicionalmente este autor Pepitone señala que las creencias además de ser normas, o conceptos compartidos acerca de agentes, poderes, procesos psicológicos y estados de bondad y rectitud pueden funcionar selectivamente en cuatro aspectos:

- **Emocional:** las creencias sirven directamente para manejar emociones tales como miedo, esperanza, incertidumbre existencial, sorpresa, enojo, etc.
- **Cognitivo:** proporcionan una estructura cognoscitiva, la cual proporciona un sentimiento de control sobre la vida.
- **Moral:** las creencias funcionan para regular la distribución moral entre la persona y el grupo.
- **Función de grupo:** promueve la solidaridad del grupo al darle las personas una identidad común.

Esta característica funcional de las creencias es consistente con el punto de vista de Ramos, quien propone que las creencias proporcionan al individuo y a los grupos de apoyo emocional, control cognoscitivo, regulación moral y una identidad grupal²⁴.

Tomando en consideración los trabajos descritos se puede concluir que las creencias son conceptos disposicionales normativos creados y enraizados en los grupos culturales, son más resistentes al cambio que las actitudes y el conocimientos; además difieren de estos porque son selectivamente funcionales: dan apoyo emocional, cognoscitivo, regulación moral y una identidad grupal²⁴.

Adicionalmente las creencias difieren del comportamiento y de las actitudes debido a que los primeros están más cerca de la objetividad y de la verificación que las creencias y por otro lado las actitudes poseen una carga distinta y específicamente afectiva y/o evaluativa²⁴.

N. CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA

Son muchos los trabajos que han ido aportando sobre el papel de indicadores al respecto, habiéndose señalado condiciones tan distintas como casuales, ejemplo, abuso sexual, duele por pérdida temprana de alguno de los progenitores, trastornos del estado de ánimo, etc. Asimismo, diversos trabajos han demostrado que la actitud favorable hacia el suicidio correlaciona positivamente tanto con la ideación como con la tentativa de suicidio, considerándola como un factor con alto poder predictivo del comportamiento suicida en adolescentes y jóvenes²⁴.

En los países europeos occidentales hay una mayor aceptación del suicidio entre los adolescentes y jóvenes, sobre todo en varones, que en países asiáticos, quizás debido a diferencias entre culturas individualistas vs colectivistas. Generalmente, se acepta la idea de darse muerte bajo ciertas circunstancias, ya que se contempla desde un punto de vista racional y se considera algo permisible; sin embargo, la actitud hacia el suicidio es mayoritariamente negativa, viéndose como acto cobarde, impulsivo y relacionarlo con la enfermedad mental²⁴.

Para examinar las actitudes relativas al comportamiento suicida se considera los siguientes indicadores:

N.1 Legitimación del suicidio:

Incluye la visión del suicidio como algo racionalmente aceptable, sugiriendo el hecho de contar con establecimientos para que los suicidas puedan quitarse la vida de manera privada, y con menor sufrimiento. En resumen, el suicidio debería ser una forma legítima de morir, sería una causa moral en una sociedad ideal y en ciertas circunstancias, aceptar ciertas formas de suicidio²⁴.

N.2 El suicidio en Enfermos Terminales

Incluye al suicidio en enfermos que no tienen posibilidad de vivir, por lo que debe permitirse el suicidio de una manera digna en estas personas, ya que el suicidio es un medio aceptable de querer terminar con una enfermedad incurable²⁴.

N.3 La dimensión Moral del Suicidio

Este indicador considera la soledad de las personas sujetas a depresión fuerte. Considera que el suicidio es la única vía de escape ante los problemas de la vida y viceversa; es decir, que la moral interviene para tomar la decisión. El estudio sustantivo de este aspecto indica una visión de la propia conducta suicida como salida ante determinada situación²⁴.

N.4 El Propio Suicidio

Las personas con pensamientos suicidas tienen una actitud favorable hacia la conducta suicida en general y hacen el propio suicidio, que aquellas que no tienen ideación suicida²⁴.

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

A. AMBITO DE ESTUDIO.

La presente investigación se ha realizado en la ciudad de Arequipa capital y mayor ciudad del Departamento de Arequipa; También conocida como la «Ciudad Blanca». Es la segunda ciudad más poblada del Perú después de Lima, alcanzando el año 2015 los 869 351 habitantes según proyecciones del INEI.²¹

La ciudad fue fundada el 15 de agosto de 1540, bajo la denominación de «Villa Hermosa de Nuestra Señora de la Asunta» en nombre del marqués don Francisco Pizarro y el 22 de setiembre de 1541 el monarca Carlos V en Cédula Real ordena que se la llame «Ciudad de Arequipa».

La ciudad se encuentra localizada a una altitud 2328 msnm, la parte más baja de la ciudad se encuentra a una altitud de 2041 msnm en el sector denominado el Huayco en el distrito de Uchumayo y la más alta se localiza a los 2810 msnm.

Con respecto a la demografía, en el análisis de la pirámide de población se desprende que la población menor de 20 años es el 35% de la población total, La población comprendida entre 20-40 años es el 34%, La población comprendida entre 40-60 años es el 20%, La población mayor de 60 años es el 11%.

Con respecto a la educación, Según la información del Censo 2007 del INEI en Arequipa, existe una población estudiantil que asciende a 823.148 habitantes de 3 años o más que asiste a algún centro de enseñanza regular, la cual representa el 95,24% de toda la población provincial de Arequipa.

En el año 2007 en los distritos que conforman la ciudad 20 595 alumnos alcanzaron el nivel de educación infantil o inicial, 143 543 la educación primaria y 219 305 la educación secundaria.

La presente investigación se ha realizado en la I. E. Santa Rosa de Lima, el cual es un Colegio Parroquial de enseñanza mixta, que está ubicado en el distrito de Paucarpata, específicamente en Av. Jesús N° 1000.

Fue fundada en el año de 1963 por la congregación de Hermanas Dominicanas de la Inmaculada Concepción. En sus inicios contaba sólo con nivel primario, hasta que

en el año de 1986, mediante Resolución Ministerial N° 284-1986 se le otorga la extensión a nivel secundario.

Actualmente abarca Nivel Primario y Secundario y cuenta con 16 secciones, que comprende un total de 952 estudiantes matriculados en el año escolar 2015; con una plana Docente de 10 profesores para nivel primario y 15 profesores para secundario.

B. UNIDAD DE ESTUDIO

Para el estudio de “Creencias Actitudinales sobre el comportamiento suicida en adolescentes”, la unidad de estudio fueron todos alumnos matriculados en el cuarto y quinto año de educación secundaria de la I.E. Santa Rosa de Lima cumpliendo los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Estudiantes con matrícula y asistencia regular.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes que no acepten participar en la investigación.
- Fichas incompletas o mal llenadas.

C. UNIVERSO Y MUESTRA

Para el estudio “Creencias Actitudinales sobre el comportamiento suicida en adolescentes, Arequipa, 2015” se tomó un total de 143 estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión, de los cuales 29 fueron excluidos; quedando como sujetos de estudio 114 estudiantes.

D. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

El estudio sobre “Creencias Actitudinales sobre el comportamiento suicida en adolescentes, Arequipa, 2015”, sería de tipo observacional, prospectivo y transversal, Según Douglas Altman.

E. TECNICAS E INSTRUMENTOS

Para la evaluación de “Creencias Actitudinales sobre el comportamiento suicida en adolescentes, Arequipa, 2015”, se hizo uso del cuestionarios de Creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida-CCCS 18- (Anexos 1), y de un consentimiento informado para el alumno (anexo 2); se colocó los mismos en una hoja bond A-4 impresa por ambas caras; todo ello para la realización de la evaluación.

El primer instrumento estuvo conformado por el consentimiento informado el cual describía claramente detalles del trabajo y se mencionaba que los datos obtenidos de los cuestionarios se usarían sólo como material de investigación y no con otro fin(anexo 2).

El segundo instrumento constaba de dos partes:

La primera parte consistía en recolectar datos como la edad, sexo y convivencia con o sin padres.

La segunda parte fue el CCCS-18 que contiene 18 ítems, donde la calificación es mediante la escala de Likert, que va del 1 al 7 y donde los ítems 3, 7, 9, 12 y16 puntúan de forma inversa . Este cuestionario fue validado por José Antonio Ruiz Hernández, Juana Navarro Ruiz, Ginesa Torrente Hernández y Ángel Rodríguez González, en la Universidad de Murcia en España, en el año 2004, con el fin de obtener un instrumento breve y manejable para la evaluación de las actitudes hacia el suicidio. Desarrollaron este nuevo cuestionario: El Cuestionario de Creencias Actitudinales sobre el comportamiento suicida. El banco inicial que usaron fue de 60 ítems, contruidos y revisados siguiendo criterios precisos, el cual fue administrado a una muestra de 219 sujetos. Los análisis que realizaron concluyeron seleccionando 18 ítems con una estructura interna de 4 factores. Tanto el cuestionario resultante como los factores identificados presentaron una consistencia interna(0,73 y 0,87). Los resultados obtenidos indicaron que las dimensiones del CCCS podrían estar estrechamente relacionadas con la propensión al comportamiento suicida. Finalmente, señalan la principal función del cuestionario que es identificar jóvenes con creencias favorables hacia el comportamiento suicida, permitiendo la evaluación de dicha variable como factor de riesgo.

- Para la identificación de creencias favorables nos basamos en que el cuestionario de manera general presenta una consistencia interna de 0.87, media de 3.32 y desviación típica de 0.97. Y en lo que respecta a cada uno de los cuatro factores

por separado, tenemos una media y desviación típica respectiva; cuyos valores serán detallados a continuación:

- Factor I: Legitimación del suicidio (Ítems 1, 5, 8, 10, 14 y 18). Consistencia interna: 0,84. $\chi^2= 2,28$. Desviación típica: 1,18
- Factor II: Suicidio en enfermos terminales (Ítems 2, 6, 11 y 15). Consistencia interna: 0,82. $\chi^2= 4,23$. Desviación típica: 1,55
- Factor III: Dimensión moral del suicidio (Ítems: 3, 7, 12 y 16). Consistencia interna: 0,78. $\chi^2= 4,58$. Desviación típica: 1,35
- Factor IV: El propio suicidio (Ítems: 4, 9, 13 y 17). Consistencia interna: 0,73. $\chi^2= 2,72$. Desviación típica: 1,28

F. PROCEDIMIENTO

El presente estudio fue presentado a la Secretaria Académica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, el cual fue derivado al Departamento Académico de Neurociencias para su aprobación; una vez aprobado el estudio se coordinó mediante una Solicitud con la Hna. Directora de la I.E Santa Rosa de Lima, quien dio su autorización para la aplicación del cuestionario.

La aplicación del cuestionario se realizó durante las horas de clases, 20 minutos antes del receso, ya que podíamos contar con la mayor cantidad de estudiantes presentes. Posteriormente con un grupo de apoyo (3 personas) capacitadas 1 día antes se procedió a entregar un consentimiento informado a cada estudiante, para luego, explicar el llenado del cuestionario; terminado éste se continuo con la verificación de tal, observando 29 encuestas, donde algunas no estaban marcadas el sexo y/o convivencia con padres y en otras se halló ítems con respuesta doble; por lo que se procedió a excluirlas, teniendo así 114 encuestas apropiadamente llenadas.

La información recabada de las encuestas seleccionadas fue trasladada a la base de datos del paquete estadístico, para así realizar tablas de contingencia y poder obtener la relación o no, de las diferentes variables.

Como hallazgo durante el procesamiento de datos se observó que el cien por ciento de estudiantes señaló que sí convivían con sus padres, y debido a esto se tuvo que eliminar la variable convivencia familiar. Permitiéndonos así trabajar solamente con las variables edad, sexo y creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida.

Además complementariamente nos comprometimos con la Dirección de la I.E. Santa Rosa de Lima, a entregarles una copia del informe final de la investigación para que tengan conocimiento de la situación de sus estudiantes y así puedan establecer las medidas preventivas del caso.

G. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos obtenidos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS 19, mediante estadística descriptiva, haciendo uso de tablas de contingencia y chi cuadrado para conocer la independencia o dependencia entre las variables de estudio.

H. DEFINICIONES OPERACIONALES

VARIABLES	VALOR FINAL	CRITERIO	PROCE DIMIEN TO
Edad	-14 años -15 años -16 años	- 14 a 14 años y 11 meses - 15 a 15 años y 11 meses - 16 a 16 años y 11 meses	Encuesta
Sexo	-Masculino -Femenino	- Características sexuales secundarias	Encuesta
Convivencia familiar	-Con padres -Sin padres	- Informe escrito	Encuesta
Creencias			

Actitudinales sobre el Comportamiento Suicida	-Favorable -Desfavorable	Puntuación de test	Test CCCS-18
1.Legitimación del suicidio	-Favorable -Desfavorable	Puntuación de test	
2.Suicidio en enfermos terminales	-Favorable -Desfavorable	Puntuación de test	
3.Dimensión moral del suicidio	-Favorable -Desfavorable	Puntuación de test	
4.El propio suicidio	-Favorable -Desfavorable	Puntuación de test	

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA 1
CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO
SUICIDA* SEXO

			CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA		Total
			Favorable	Desfavorable	
SEXO	Masculino	Recuento	35	18	53
		% del total	30,7%	15,8%	46,5%
	Femenino	Recuento	40	21	61
		% del total	35,1%	18,4%	53,5%
Total		Recuento	75	39	114
		% del total	65,8%	34,2%	100,0%

TABLA 2

CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA * SEXO

			SEXO		Total
			Masculino	Femenino	
CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA	Favorable	Recuento	35	40	75
		% dentro de CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA	46,7%	53,3%	100,0%
		% dentro de SEXO	66,0%	65,6%	65,8%
	Desfavorable	Recuento	18	21	39
		% dentro de CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA	46,2%	53,8%	100,0%
		% dentro de SEXO	34,0%	34,4%	34,2%
Total	Recuento	53	61	114	
	% dentro de CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA	46,5%	53,5%	100,0%	
	% dentro de SEXO	100,0%	100,0%	100,0%	

 $X^2=0,003$ $P>0.05$

TABLA 3
CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA * EDAD

			EDAD			Total
			14	15	16	
CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA	Favorable	Recuento	18	42	15	75
		% dentro de CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA	24,0%	56,0%	20,0%	100,0%
		% dentro de EDAD	54,5%	70,0%	71,4%	65,8%
	Desfavorable	Recuento	15	18	6	39
		% dentro de CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA	38,5%	46,2%	15,4%	100,0%
		% dentro de EDAD	45,5%	30,0%	28,6%	34,2%
Total	Recuento	33	60	21	114	
	% dentro de CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA	28,9%	52,6%	18,4%	100,0%	
	% dentro de EDAD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

$X^2=2,62$

$P>0.05$

TABLA 4

LEGITIMACION DEL SUICIDIO * SEXO

			SEXO		Total
			Masculino	Femenino	
LEGITIMACION DEL SUICIDIO	Favorable	Recuento	38	48	86
		% dentro de LEGITIMACION DEL SUICIDIO	44,2%	55,8%	100,0%
		% dentro de SEXO	71,7%	78,7%	75,4%
	Desfavorable	Recuento	15	13	28
		% dentro de LEGITIMACION DEL SUICIDIO	53,6%	46,4%	100,0%
		% dentro de SEXO	28,3%	21,3%	24,6%
Total	Recuento	53	61	114	
	% dentro de LEGITIMACION DEL SUICIDIO	46,5%	53,5%	100,0%	
	% dentro de SEXO	100,0%	100,0%	100,0%	

 $X^2=0,75$
 $P>0.05$

TABLA 5
LEGITIMACION DEL SUICIDIO * EDAD

			EDAD			Total
			14	15	16	
LEGITIMACION DEL SUICIDIO	Favorable	Recuento	27	44	15	86
		% dentro de LEGITIMACION DEL SUICIDIO	31,4%	51,2%	17,4%	100,0%
		% dentro de EDAD	81,8%	73,3%	71,4%	75,4%
	Desfavorable	Recuento	6	16	6	28
		% dentro de LEGITIMACION DEL SUICIDIO	21,4%	57,1%	21,4%	100,0%
		% dentro de EDAD	18,2%	26,7%	28,6%	24,6%
Total	Recuento	33	60	21	114	
	% dentro de LEGITIMACION DEL SUICIDIO	28,9%	52,6%	18,4%	100,0%	
	% dentro de EDAD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

$X^2=1,05$

$P>0.05$

TABLA 6

SUICIDIO EN ENFERMOS TERMINALES * SEXO

			SEXO		Total
			Masculino	Femenino	
SUICIDIO EN ENFERMOS TERMINALES	Favorable	Recuento	35	31	66
		% dentro de SUICIDIO EN ENFERMOS TERMINALES	53,0%	47,0%	100,0%
		% dentro de SEXO	66,0%	50,8%	57,9%
	Desfavorable	Recuento	18	30	48
		% dentro de SUICIDIO EN ENFERMOS TERMINALES	37,5%	62,5%	100,0%
		% dentro de SEXO	34,0%	49,2%	42,1%
Total	Recuento	53	61	114	
	% dentro de SUICIDIO EN ENFERMOS TERMINALES	46,5%	53,5%	100,0%	
	% dentro de SEXO	100,0%	100,0%	100,0%	

$$X^2=2,69$$

$$P>0.05$$

TABLA 7

SUICIDIO EN ENFERMOS TERMINALES * EDAD

			EDAD			Total
			14	15	16	
SUICIDIO EN ENFERMOS TERMINALES	Favorable	Recuento	17	35	14	66
		% dentro de SUICIDIO EN ENFERMOS TERMINALES	25,8%	53,0%	21,2%	100,0%
		% dentro de EDAD	51,5%	58,3%	66,7%	57,9%
	Desfavorable	Recuento	16	25	7	48
		% dentro de SUICIDIO EN ENFERMOS TERMINALES	33,3%	52,1%	14,6%	100,0%
		% dentro de EDAD	48,5%	41,7%	33,3%	42,1%
Total	Recuento	33	60	21	114	
	% dentro de SUICIDIO EN ENFERMOS TERMINALES	28,9%	52,6%	18,4%	100,0%	
	% dentro de EDAD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

 $X^2=1,21$ $P>0.05$

TABLA 8

DIMENSION MORAL DEL SUICIDIO * SEXO

			SEXO		Total
			Masculino	Femenino	
DIMENSION MORAL DEL SUICIDIO	Favorable	Recuento	32	31	63
		% dentro de DIMENSION MORAL DEL SUICIDIO	50,8%	49,2%	100,0%
		% dentro de SEXO	60,4%	50,8%	55,3%
	Desfavorable	Recuento	21	30	51
		% dentro de DIMENSION MORAL DEL SUICIDIO	41,2%	58,8%	100,0%
		% dentro de SEXO	39,6%	49,2%	44,7%
Total	Recuento	53	61	114	
	% dentro de DIMENSION MORAL DEL SUICIDIO	46,5%	53,5%	100,0%	
	% dentro de SEXO	100,0%	100,0%	100,0%	

$X^2=1,05$

$P>0.05$

TABLA 9

DIMENSION MORAL DEL SUICIDIO * EDAD

			EDAD			Total
			14	15	16	
DIMENSION MORAL DEL SUICIDIO	Favorable	Recuento	19	30	14	63
		% dentro de DIMENSION MORAL DEL SUICIDIO	30,2%	47,6%	22,2%	100,0%
		% dentro de EDAD	57,6%	50,0%	66,7%	55,3%
	Desfavorable	Recuento	14	30	7	51
		% dentro de DIMENSION MORAL DEL SUICIDIO	27,5%	58,8%	13,7%	100,0%
		% dentro de EDAD	42,4%	50,0%	33,3%	44,7%
Total	Recuento	33	60	21	114	
	% dentro de DIMENSION MORAL DEL SUICIDIO	28,9%	52,6%	18,4%	100,0%	
	% dentro de EDAD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

 $X^2=1,85$

P>0.05

TABLA 10

EL PROPIO SUICIDIO * SEXO

			SEXO		Total
			Masculino	Femenino	
EL PROPIO SUICIDIO	Favorable	Recuento	39	34	73
		% dentro de EL PROPIO SUICIDIO	53,4%	46,6%	100,0%
		% dentro de SEXO	73,6%	55,7%	64,0%
	Desfavorable	Recuento	14	27	41
		% dentro de EL PROPIO SUICIDIO	34,1%	65,9%	100,0%
		% dentro de SEXO	26,4%	44,3%	36,0%
Total	Recuento	53	61	114	
	% dentro de EL PROPIO SUICIDIO	46,5%	53,5%	100,0%	
	% dentro de SEXO	100,0%	100,0%	100,0%	

 $X^2=3,92$
 $P<0.05$

TABLA 11

EL PROPIO SUICIDIO * EDAD

			EDAD			Total
			14	15	16	
EL PROPIO SUICIDIO	Favorable	Recuento	18	45	10	73
		% dentro de EL PROPIO SUICIDIO	24,7%	61,6%	13,7%	100,0%
		% dentro de EDAD	54,5%	75,0%	47,6%	64,0%
	Desfavorable	Recuento	15	15	11	41
		% dentro de EL PROPIO SUICIDIO	36,6%	36,6%	26,8%	100,0%
		% dentro de EDAD	45,5%	25,0%	52,4%	36,0%
Total	Recuento	33	60	21	114	
	% dentro de EL PROPIO SUICIDIO	28,9%	52,6%	18,4%	100,0%	
	% dentro de EDAD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

 $X^2=6,88$

P<0.05

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Debido a que no se encontraron antecedentes de trabajos similares en Arequipa es que los cuadros que se presentaran a continuación son probablemente los primeros en relación al trabajo de investigación.

El propósito fundamental de esta investigación fue describir y conocer las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida de un grupo de adolescentes que cursaban el cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Santa Rosa de Lima de Arequipa, en relación sólo a las variables edad y sexo, ya que la variable convivencia familiar tuvo que ser eliminada debido a no presentar variación en el 100% de estudiantes. Para dar respuesta a este objetivo se seleccionó una población de 143 estudiantes.

Debido a que no se encontraron antecedentes de trabajos similares, a continuación se presentan los resultados de la investigación en base a la información recogida mediante las técnicas e instrumentos de estudio en datos cuantitativos de análisis descriptivo, las que se objetivan a través de cuadros estadísticos y gráficos, y su relación con cada una de las variables.

Análisis de Creencias Actitudinales sobre el Comportamiento Suicida relacionadas al Sexo y Edad

Según Ruiz (2004), señaló que es posible identificar a jóvenes con creencias favorables hacia el comportamiento suicida a través del cuestionario CCCS-18.

En los resultados de la aplicación del CCCS-18 con fines de asociación; por si solos son elocuentes ya que revelan que el 65,8% de estudiantes en general presentan creencias favorables (tabla 1); de los que el 53,3% eran del sexo femenino (Tabla 1 y 2).

Es unánime el hallazgo de que la conducta suicida se presenta en mayor frecuencia en el sexo femenino que en el masculino. Estos hallazgos coinciden en los encontrados por Duran, D., que señala hasta una proporción 7,8/1 (5). Además coinciden con los hallazgos de Hernández, A. y los de Contreras, H.²⁵.

En cuanto a la edad, los estudiantes de 15 años presentaron la mayor frecuencia de creencias favorables, alcanzando el 56%; y la mínima los estudiantes de 16 años, con una frecuencia del 20%.(Tabla 3)

Estos hallazgos coinciden con los encontrados por Gomez, R y Vasquez, R. Donde se considera que el grupo etáreo de adolescentes es de mucho mayor riesgo de presentar conductas suicidas, gestos suicida o intentos de suicidio, debido a que está población es la más propensa a intentar suicidarse por sus características; es decir, son pacientes que frecuentemente tienen conflictos en sus relaciones interpersonales y actúan de forma impulsiva cuando enfrentan una situación estresante. (26)

Con respecto al análisis de asociación entre creencias*sexo y creencias*edad, se obtuvo un $X^2=0,003$ y $2,62$ respectivamente, con $p>0,05$ para ambas asociaciones, lo que demostró que la variable creencias era independiente del sexo y la edad (Tablas 2 y 3).

Análisis de Creencias Actitudinales sobre el Comportamiento Suicida en sus Dimensiones relacionadas al Sexo y Edad

Legitimación del suicidio relacionado al sexo y edad

En la Tabla 3 se evidencia que las creencias favorables de los estudiantes en general comprende el 75,4%, de las que el sexo femenino abarca el 55,8%; y en relación a la edad, en los estudiantes de 15 años identificamos que el 51,2% tienen creencias favorables hacia la legitimación del suicidio, y la frecuencia más baja la obtuvo los de 16 años, la cual fue del 17,4% (Tabla 4 y 5).

En el análisis de asociación con el sexo y la edad resultó un $x^2=0,75$ y $1,05$ respectivamente, con $p>0,05$, lo que se tradujo como independencia entre variables (Tablas 4 y 5).

Suicidio en enfermos terminales relacionado al sexo y edad

En la Tabla 5 encontramos que las creencias favorables hacia el suicidio en enfermos terminales representan el 57,9% del total de estudiantes, donde el sexo masculino abarca el 53% (Tabla 7). Respecto a las creencias favorables en relación a la edad, los estudiantes

de 15 años comprenden el 53%, y la frecuencia más baja se observa en los estudiantes de 16 años, que fue del 21,2% (Tabla 7).

En cuanto al análisis para la asociación con la variables sexo y edad se encontró un $\chi^2=2,69$ y 1,21 respectivamente, con $p>0,05$, demostrando independencia entre las variables (Tablas 6 y 7).

Dimensión moral del suicidio relacionado al sexo y edad

En el análisis de las creencias favorables hacia la dimensión moral del suicidio observamos que en general representan el 55,3%, donde la diferencia entre sexos es mínima, estando el sexo masculino con una frecuencia del 50,8% (Tabla 7). Y relacionado a la edad, los adolescentes que tienen creencias favorables en mayor frecuencia son los de 15 años con 47,6% del total; y la frecuencia más baja está dada por los de 16 años, abarcando el 22,2% (Tabla 9).

En el análisis de variables sexo y edad, para asociarlas con las creencias favorables hacia la dimensión moral del suicidio, se halló que dichas variables eran independientes entre sí, ya que se halló un $\chi^2=1,05$ y 1,85 respectivamente, con $p>0,05$ (Tablas 8 y 9).

El propio suicidio relacionado al sexo y edad

En la Tabla 9, se observa que de los adolescentes en general el 64% presenta creencias favorables hacia el propio suicidio, de los cuales el 53,4% está representado por el sexo masculino. Y en relación a la edad los estudiantes de 15 años muestran creencias favorables con una frecuencia del 61,6%, y en contraste encontramos que los de 16 años solo alcanzan al 13,7% (Tablas 10 y 11).

En el análisis para la asociación de las creencias favorables hacia el propio suicidio con el sexo y la edad se evidencia un $\chi^2=3,92$ y 6,88, con $p<0,05$, lo que demuestra dependencia entre las variables (Tablas 10 y 11).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

PRIMERA: La frecuencia de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en general, fue favorable en el 65,8%; siendo mayor en el sexo femenino (53,3%). En relación a la edad, los adolescentes de 15 años mostraron creencias favorables en una mayor frecuencia (56%) que los de 14 años (24%) y 16 años (20%). Sin embargo al realizar el análisis descriptivo no se encontró asociación entre las dichas variables.

SEGUNDA: Las creencias actitudinales favorables sobre el comportamiento suicida en sus dimensiones:

-creencias hacia la legitimación del suicidio en relación al sexo mostró una frecuencia mayor en mujeres (55,8%).

-creencias hacia el suicidio en enfermos terminales en relación al sexo se presentó con mayor frecuencia en varones (53%).

-creencias hacia la dimensión moral del suicidio en relación al sexo evidenció mínima diferencia, donde los varones presentaron una frecuencia del 50,8%.

-creencias hacia el propio suicidio en relación al sexo fue mayor en los varones (53,4%).

En cuanto a la asociación entre cada una de las dimensiones con la variable sexo sólo demostró dependencia la dimensión “el propio suicidio” ($X^2=3,92$; $p<0,05$).

TERCERA: Las creencias actitudinales favorables sobre el comportamiento suicida en sus dimensiones:

-creencias hacia la legitimación del suicidio en relación a la edad los adolescentes de 15 años mostraron creencias favorables en mayor frecuencia (51,2%) que los de 14 años (31,4%) y 16 años (17,4%).

-creencias hacia el suicidio en enfermos terminales en relación a la edad se presentó en mayor frecuencia en los adolescentes de 15 años (53%) que los de 14 años (25,8%) y 16 años (21,2%).

-creencias hacia la dimensión moral del suicidio en relación a la edad en los adolescentes de 15 años se observó mayor frecuencia (47,6%) que los de 14 años (30,2%) y 16 años (22,2%).

-creencias hacia el propio suicidio en relación a la edad identificamos mayor frecuencia en los adolescente de 15 años (61,6%) que los de 14 años (24,7%) y 16 años (13,7%).

En cuanto a la asociación entre cada una de las dimensiones con la variable edad solo demostró dependencia la dimensión “el propio suicidio” ($X^2=6,88$; $p<0,05$).

CUARTA: Las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en sus dimensiones relacionadas a la convivencia familiar no se establecieron debido a que el 100% de estudiantes manifestó vivir con sus padres.

RECOMENDACIONES

A partir de los resultados encontrados en el presente estudio, consideramos pertinente hacer las siguientes recomendaciones:

1. Sugerir a las instituciones educativas diseñar e implementar programas de promoción de la salud donde se incluyan, desarrollo de habilidades en comunicación, resolución de conflictos, mejoramiento de autoestima, conductas de autocuidado, relaciones sociales, entre otras, como estrategia permanente para el fortalecimiento de factores protectores respecto al suicidio.
2. Realizar programas de prevención (información, detección precoz, atención oportuna y seguimiento) para los adolescentes identificados con factores de riesgo.
3. Promover el trabajo interdisciplinario e intersectorial (salud, educación) con el fin de unificar criterios y aunar esfuerzos para el trabajo de promoción, prevención y atención de la salud mental en los jóvenes.
4. Realizar un estudio con una mayor población considerando edades que abarquen tanto el inicio como el final de la adolescencia para establecer frecuencias respecto a adolescencia temprana, intermedia y tardía. Además debe considerarse, en caso de tomar la variable convivencia familiar, especificar si los adolescentes viven con uno de ambos padre, para también establecer frecuencias relacionadas con la convivencia con el padre o la madre.

BIBLIOGRAFIA

1. Bertolote, J., El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible. Comunicados de Prensa. Organización mundial de la salud. 2004. [Citado el 2 de enero del 2015]
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
2. Gonzalez, C. Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. Rev. Psicothema, 15(4),524-532. México. 2003. [Citado el 10 de enero del 2015]
<http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002204>
3. Ruiz, J.A., Riquelme, A. y Buendia, J. Personalidad y comportamiento suicida en adolescentes. Clínica y Salud, 11,155-169. 2000. [Citado el 27 de enero del 2015]
<http://www.redalyc.org/pdf/1806/180618250001.pdf>
4. Vasquéz, A., Guarachi, D., Epidemiología del intento de suicidio en el Hospital Madre Obrera; Bolivia. 2010. [Citado el 30 de enero del 2015]
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/viewFile/1656/1684>
5. Duran, D., Mazzotti, G. y Vivar, A., Intento de suicidio y depresión mayor en el servicio de emergencia de un Hospital General. Lima. 2000. [Citado el 8 de febrero del 2015]
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2009000400002
6. Morales, E. y Montesinos, L. Factores Asociados a la incidencia de pacientes con Intento de Suicidio atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa. 2012. [Citado el 18 de febrero del 2015]
<http://biblio.unsa.edu.pe/biomed/tesis.pdf>
7. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Substancias. Atención de niños y adolescentes con trastornos mentales. Ginebra. 2003.[Citado el 18 de enero del 2015]
http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
8. Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. Suicide Life Threat Behav, 2005.[Citado el 20 de enero del 2015]
<http://www.bmj.com/content/349/bmj.g5954>

9. Macher, E., Depresión y suicidio, mitos y verdades. Revista Peruana de Pediatría. Vol. 58,Nº2,2005.Organización mundial de la Salud. Salud Mental. Suicidio. 1979. [Citado el 10 de febrero del 2015]
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/13_gladp2004.pdf
10. Durkheim, E., Rasgos de personalidad, bienestar psicológico y rendimiento académico en adolescentes. Vol. 18, pp 65-85. Francia. 2001. [Citado el 15 de enero del 2015]
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S1668-70272012000100007
11. Martinez, C. Introducción a la suicidología. Teoría, investigación e intervenciones. Buenos Aires. 2007. [Citado el 18 de febrero del 2015]
<http://www.google.com.pe/search?q=11.%09Martinez,+C.+Introducción+a+la+suicidología.+Teoría,+investigación+e+intervenciones.+Buenos+Aires.+2007.+&>
12. Casullo, M. M. Depresión y suicidio en la adolescencia. en: Saldaña, C. Detección y Prevención en el aula de los problemas del adolescente. Madrid, España. Ed. Pirámide, ISBN 84-368-1601-3. Pp 83-99. 2001. [Citado el 15 de enero del 2015]
13. Tierney Jr. Lawrence M; McPhee Stephen J.; Papadakis, Maxine A; Diagnostico Clínico y Tratamiento, 2005; Cuadragésima Edición; editorial El manual Moderno; México. 2005.[Citado el 30 de enero del 2015]
14. Dreisbach, Roberth; Manual de Toxicología Clínica de Dreisbach: Prevención Y Tratamiento; Séptima Edición en Español; Editorial El Manual Moderno; México D.F. Bogota; 2003. [Citado el 7 de febrero del 2015]
15. González, F., Berenzon, G., Tello G., Facio F., Medina, M. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. Rev. Salud Pública 40 (5): 430-437. México. 1998. [Citado el 7 de febrero del 2015]
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n5/Y0400507.pdf>
16. Burger M, Heuhs L, Hartmann C, Laborde A, Scaiola G; Intoxicación Aguda por Órganos Fosforados; Montevideo; Editorial Impulso – Sandoz; 2004. [Citado el 26 de febrero del 2015]
17. Gómez, C., Rodríguez, M. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. Rev. Col Psiquiatría, marzo. Colombia. 1997. [Citado el 30 de enero del 2015]

18. Organización mundial de la Salud. Salud Mental. Adolescencia. 1997. [Citado el 18 de febrero del 2015]
http://www.google.com.pe/search?q=18.%09Organización+mundial+de+la+Salud.+Salud+Mental.+Adolescencia.+1997.+&hl=es-PE&gbv=2&oq=18.%09Organización+mundial+de+la+Salud.+Salud+Mental.+Adolescencia.+1997.+&gs_l=heirloom-
19. Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N. y Perales, A. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años. Rev. Peruana de Medicina experimental y Salud Pública, 23,4,239-246. Perú. 2008. [Citado el 27 de febrero del 2015]
20. Brown S-L, Bleich A, van Praag HM. The pathogenesis of depression: reconsideration of neurotransmitter data. En: Handbook of Depression and Anxiety. Edited by den Boer JA, Sitsen JM. New York, Marcel Dekker, 1994, pp 317-347. [Citado el 20 de febrero del 2015]
21. Baynes John w., Dominiczak Marek H.; Bioquímica medica; 2da Edición; editorial Elsevier; España, 2006. [Citado el 18 de enero del 2015]
http://books.google.com.pe/books/about/Bioquímica_médica_3_ed_+Student_Consumo.html?hl=es&id=4VQPVIW8IDsC
22. Barranco F, Blasco J, Merida A; Principios y Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos; UNINET; España; 2006. [Citado el 27 de febrero del 2015]
23. Pérez Barrero, S; “Factores de riesgo suicida en la adolescencia.” Rev.Psiquiátrica del Uruguay, Año LX. N0 11;1996. [Citado el 30 de enero del 2015]
24. Chanto Alpízar; Creencias Racionales e Irracionales sobre la Vida y La Muerte y Conductas Suicidas: El caso de los Adolescentes Costarricenses: 2004. [Citado el 18 de febrero del 2015]
<http://www.google.com.pe/search?q=24.%09Chanto+Alpízar;+Creencias+Racionales+e+Irracionales+sobre+la+Vida+y+La+Muerte+y+Conductas+Suicidas:+El+caso+de+los+Adolescentes+Costarricenses:+2004.+&hl=es->
25. Hernández, A., Rebastillo, G. Influencia del medio familiar en grupo de 5 a 19 años con riesgo suicida. Rev. Cubana Med. Gen. Integr; 15(4):372-7. 1999. [Citado el 20 de enero del 2015]
26. Gomez, R., Rodríguez, C. Factores asociados a la conducta suicida en la población colombiana. Colombia. 2002. [Citado el 18 de enero del 2015]

<http://www.google.com.pe/search?q=26.%09Gomez,+R.,+Rodríguez,+C.+Factores+asociados+a+la+conducta+suicida+en+la+población+colombiana.+Colombia.+2002.+&hl=es->

ANEXOS**ANEXO 1****CUESTIONARIO DE CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA****(CCCS-18)*****JOSÉ ANTONIO RUIZ HERNÁNDEZ – Médico Psiquiatra*****Edad:**..... **Sexo:** M - F**Convivencia familiar:** Vives con tus padres **si no**

A continuación aparecen una serie de frases sobre lo que las personas piensan y sienten acerca del comportamiento suicida.

Ten en cuenta que no hay frases buenas ni malas, ni correctas ni incorrectas, sólo nos interesa tu opinión al respecto. Por

favor, trata de responder con sinceridad y usa tu propio criterio. Tus respuestas son totalmente anónimas.

Para contestar, rodea en cada frase la opción que mejor indique tu grado de acuerdo o desacuerdo mediante la siguiente escala:

1= Totalmente en desacuerdo; **2=** Bastante en desacuerdo; **3=** Un poco en desacuerdo;

4= Indiferente; **5=** Un poco de acuerdo; **6=** Bastante de acuerdo; **7=** Totalmente de acuerdo

1. Aceptaría ciertas formas de suicidio (ej.: sobredosis de pastillas)	1	2	3	4	5	6	7
2. Debería permitirse el suicidio de una manera digna a las personas con enfermedades incurables	1	2	3	4	5	6	7
3. El suicidio va en contra de la moral	1	2	3	4	5	6	7
4. Es posible que me suicidara si estuviese en una situación extrema	1	2	3	4	5	6	7
5. Si alguien quiere intentar suicidarse, es asunto suyo y no deberíamos intervenir	1	2	3	4	5	6	7
6. El suicidio es un medio aceptable de querer terminar con una enfermedad incurable	1	2	3	4	5	6	7
7. El suicidio es un acto inmoral	1	2	3	4	5	6	7
8. El suicidio debería ser una forma legítima de morir	1	2	3	4	5	6	7
9. Bajo ningún concepto me suicidaría	1	2	3	4	5	6	7
10. Aceptaría el suicidio en personas mayores	1	2	3	4	5	6	7
11. Es comprensible ayudar a suicidarse a un enfermo terminal	1	2	3	4	5	6	7
12. Los suicidas son personas que atentan contra la sociedad	1	2	3	4	5	6	7
13. Si me sintiese muy solo y deprimido intentaría suicidarme	1	2	3	4	5	6	7
14. Debería haber clínicas para que los suicidas puedan quitarse la vida de una manera privada y con menos sufrimiento	1	2	3	4	5	6	7
15. Aceptaría el suicidio en personas a las que les queda poco tiempo de vida	1	2	3	4	5	6	7
16. Se debería prohibir el suicidio porque es un asesinato	1	2	3	4	5	6	7
17. Algunas veces, el suicidio es la única vía de escape ante los problemas de la vida	1	2	3	4	5	6	7
18. El suicidio sería una cosa normal en una sociedad ideal	1	2	3	4	5	6	7

¡Gracias!

ANEXO 2**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo,

.....
..... Estudiante de la I.E Santa Rosa de Lima, perteneciente al Año.....de Secundaria. Autorizo la utilización de mis datos para el Proyecto de Investigación **“CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL CUARTO Y QUINTO AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. SANTA ROSA DE LIMA, AREQUIPA, 2015.”**

Habiéndome informado previamente sobre el Tema tratado en el Proyecto y siendo explicado que la información brindada sólo será usada con fines de investigación, procedo al llenado del Cuestionario.

.....

Firma