

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. El Problema.

1.1.1. Planteamiento del Problema.

Las conductas autolíticas y el suicidio se han convertido en uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, al encontrarse dentro de las Diez Primeras Causas de Morbi-Mortalidad a nivel mundial; en cual se encuentran inmersos todos los medios de comunicación que realizan una crónica roja de los suicidios consumados, por lo que los jóvenes de nuestra sociedad miran al suicidio como la única salida a sus problemas.

El suicidio en los adolescentes se ha convertido en la tercera causa de muerte entre los adolescentes a nivel mundial. En el Ecuador en los jóvenes entre los 10 y 19 años, se registra como la primera o segunda forma en la que fallece este grupo etario. En dos décadas (de 1980 al 2000) el porcentaje pasó del 2% al 6%. Mientras que entre 2000 y 2007 se registraron 1231 casos. ⁽¹⁾

En la actualidad la Provincia de Imbabura, mantiene la tasa más alta de defunciones por suicidio del 4.4 al 9.2, seguida por el Carchi. ⁽²⁾

Investigaciones recientes indican que la prevención del suicidio, si bien es posible, comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de jóvenes y niños;

¹ Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE)

² Instituto Nacional de Estadística y Censo INEC 2008.

con el tratamiento eficaz de trastornos mentales, hasta el control medioambiental de los factores de riesgo.

Es por este motivo luego de lo expuesto que nos planteamos la siguiente interrogante:

1.2. Formulación del Problema.

¿Cómo prevenir conductas autolíticas en adolescentes del ciclo diversificado del Instituto Técnico Superior República del Ecuador de la Ciudad de Otavalo Provincia de Imbabura en el Periodo Noviembre de 2009 a Septiembre de 2010?

1.3. Justificación.

El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las distintas sociedades lo han materializado hacia las actitudes enormemente variables en función de los principios filosóficos, religioso e intelectuales de cada cultura.

Según la Organización Panamericana de la Salud, los problemas relacionados con conductas autolíticas ha tomado un ascenso indiscriminado a nivel mundial, según las estadísticas de suicidios por cada 100000 habitantes el Ecuador ocupa el sexagésimo lugar dentro tasas de muerte por suicidio a nivel mundial. ⁽³⁾

En la Provincia de Imbabura se registra aproximadamente un ingreso por intentos autolíticos; es una de las patologías más impactantes que se encuentra entre las primeras causas de morbi-mortalidad, en el año 2002

³ Estadísticas de la OMS (WHO)
http://www.who.int/entity/mental_health/prevention/suicide/charts/en/index.html

se registraron 179 casos, mientras que el 2003 cerró con 184. En el 2004 ocurrieron 253, mientras que en el año 2007 se registran 732 casos. (4)

Es por ello que nosotros, consideramos de manera primordial la realización de esta investigación para determinar los factores de riesgo en los adolescentes, ya que en esta etapa de la vida se encuentra la mayor incidencia de intentos autolíticos. En la investigación a realizar se pretende indagar el perfil biopsicosocial de los adolescentes de 1^{ro}, 2^{do} y 3^{er} Año de Bachillerato del “Instituto Técnico Superior República del Ecuador”, en lo que se refiere al riesgo de suicida, así como corroborar los factores de riesgo, que se encuentren vinculados con esta patología. En Imbabura existen datos de estudios previos en los cuales se señalan las causas del problema, sin embargo no se dan ninguna respuesta de solución o propuesta que ayude a mitigar la problemática.

Es por este motivo como Internos Rotativos de la Escuela de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte, nos preocupa el futuro de la adolescencia Ecuatoriana y especialmente Imbabureña, por lo que buscaremos alianzas estratégicas para mitigar la problemática actual, y de esta manera iniciar este proyecto, cuyo objetivo busca identificar y disminuir los conductas autolíticas en la población adolescente de la ciudad de Otavalo, y así bajar las tasas de morbi-mortalidad en el país y la provincia.

⁴ INEC (2007). Principales causas de mortalidad masculina año 2008. Anuario de Estadísticas vitales: Nacimientos y Defunciones. Página 1

1.4. Objetivos.

1.4.1. General:

Prevenir conductas autolíticas en adolescentes del ciclo diversificado del “Instituto Técnico Superior República del Ecuador” de la ciudad de Otavalo, en el periodo de noviembre del 2009 a septiembre del 2010.

1.4.2. Específicos:

1. Identificar los factores socio-demográficos que inciden en las conductas autolíticas de los adolescentes del “Instituto Técnico Superior República del Ecuador”.
2. Detectar cuales son los/las adolescentes en riesgo, que necesiten ayuda psicológica y/o psiquiátrica, del ciclo diversificado del “Instituto Técnico Superior República del Ecuador”.
3. Determinar si los factores familiares inciden sobre la decisión de conductas autolíticas en los adolescentes del “Instituto Técnico Superior República del Ecuador”.
4. Elaborar un plan de Intervención con los/las adolescentes del ciclo diversificado del “Instituto Técnico Superior República del Ecuador”, en promoción y prevención.

1.5. Preguntas Directrices.

- ¿Para qué identificar los factores socio-demográficos (edad, sexo, etnia, estado civil, religión, instrucción de los padres, disfunción familiar o desintegración familiar, alcohol, drogadicción, zona geográfica) incide en las conductas autolíticas de los estudiantes del “Instituto República del Ecuador”?
- ¿Por qué es importante detectar cuales son los/las adolescentes en riesgo, que necesiten ayuda psicológica y/o psiquiátrica, del ciclo diversificado del “Instituto Técnico Superior República del Ecuador”?
- ¿Por qué determinar si los factores familiares inciden sobre la decisión de conductas autolíticas en los estudiantes del “Instituto República del Ecuador”?
- ¿Por qué es importante desarrollar un plan de intervención en promoción y prevención de conductas autolíticas con los adolescentes del “Instituto Técnico Superior República del Ecuador”?

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. La Salud y La Promoción de la Salud.

2.1.1. Definición de Promoción de la Salud.

La promoción de la salud es el conjunto de procesos que favorecen que la persona y su grupo social incrementen el control de su salud y mejoren la misma. Representa una estrategia de mediación entre las personas y su entorno, sintetizando la elección personal y la responsabilidad social en salud para crear un futuro más saludable. La promoción de la salud se consigue a través de tres mecanismos intrínsecos:

- 1.- Autocuidado, o decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud.
- 2.-Ayuda mutua, o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras, y
- 3.-Entornos sanos, o creación de las condiciones y entornos que favorecen la salud.

Autocuidado.-Es el conjunto de decisiones tomadas y a las practicas adoptadas por un individuo con la intención especifica de conservar su salud.

Ayuda mutua.- Se refiere a los esfuerzos que hacen las personas para corregir sus problemas de salud colaborando unas con otras. Supone que las personas se prestan apoyo emocional, comparten ideas, información, experiencias y recursos materiales conocido a menudo como respaldo social.

Creación de entornos sanos.- ello implica modificar o adaptar los entornos sociales, económicos o físicos de forma que ayuden a conservar y también a aumentar la salud. Implica también que se deben asegurar políticas y prácticas que proporcionen a las personas un medio ambiente saludable en el hogar, en la escuela, en la universidad, en el trabajo y en la comunidad. ⁽⁵⁾

Para entender y abordar los instrumentos de la producción de salud desde la perspectiva de los instrumentos útiles para las intervenciones de promoción de salud en la comunidad local podemos destacar tres aspectos.

1.- El primero se refiere a los enfoques de la promoción de la salud; consideramos la Promoción de la Salud por una parte como filosofía, que impregna todas las actividades y programas de los servicios sanitarios (incluidos los dirigidos en la enfermedad), y, por otra, como actividades y programas concretos y específicos sobre diferentes temas, situaciones y grupos.

2.-El segundo aspecto se refiere al objeto de intervención de la Promoción de la Salud y su doble dimensión personal y social. Las intervenciones de Promoción de la Salud se dirigen, por una parte a mejorar la competencia de las personas en salud (estilos de vida) y, por otra, a mejorar el entorno y la sociedad en que viven (entornos saludables).

3.- El tercero, intervenir por un lado, sobre las personas y, por otro, sobre el entorno en el que viven, la Promoción de la Salud compete no solo a los servicios de atención primaria de salud sino también a otros servicios sociosanitarios (servicios sociales, de salud mental, de planificación

⁵ OMS (2000). Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Trastornos Mentales y Cerebrales Departamento de Salud Mental y Toxicomanías.

familiar, centros escolares.) Se trata de generar un “espacio sociosanitarios” común para la prevención.⁽⁶⁾

A menudo por estilos de vida se entienden exclusivamente no fumar, comer saludablemente, hacer ejercicio físico y un uso moderado del alcohol. En promoción de la salud, se entiende por estilos de vida la “manera general de vivir” de las personas y grupos sociales. Esto incluye no solo los clásicamente denominados “hábitos saludables” anteriormente citados, sino también las formas de pensar y de comportarse de las personas en su relación consigo mismas, en el control de sus vidas y su proyecto de vida, las relaciones interpersonales, los patrones de relación con el entorno en que se vive, el repertorio de habilidades personales y sociales de que se dispone, etc.⁽⁷⁾

2.2. Rol de la Universidad para la Promoción de Salud.

2.2.1. La Universidad como escenario para la Promoción de la Salud.

La Universidad no debe conformarse con el hecho de ser forjadora de los individuos y del desarrollo social, debe involucrar en su accionar la promoción de entornos saludables a través de desarrollos de políticas públicas saludables; debe fomentar el cuidado de la salud entre todos sus miembros y debe ser un polo de desarrollo de lineamientos que promuevan hábitos de vida saludable, prevengan la aparición de enfermedades y se generen cambios en la actitud de las personas hacia el ambiente.

Las universidades deben reunir esfuerzos con las direcciones locales de Salud como entes trazadores de las políticas en salud para lograr estos

⁶ Restrepo HE, Málaga H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: panamericana, 2002.

⁷ <http://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio>

cambios y con ellos participar en la construcción de entornos sanos y comunidades sanas.

2.2.2. Características de una Universidad Saludable.

Una universidad saludable es aquella que reúne las siguientes condiciones:

- Provee un ambiente saludable que favorezca el aprendizaje a través de sus áreas y edificaciones, zonas de recreación, bienestar universitario y medidas de seguridad.
- Promueve la responsabilidad individual, familiar y comunitaria.
- Apoya el desarrollo de estilos de vida saludable.
- Ayuda a los jóvenes a alcanzar su potencial físico, psicológico, social y promueve la autoestima.
- Define objetivos claros para la promoción de la salud y la seguridad de toda la comunidad.
- Explora la disponibilidad de los recursos universitarios para apoyar acciones de promoción de la salud
- Fortalece en los alumnos el conocimiento y las habilidades necesarias para tomar decisiones saludables acerca de su salud con el fin de conservarla y mejorarla.
- La Universidad saludable al buscar el “Desarrollo del ser humano” ofrece oportunidades para aprender a disfrutar de una vida productiva, gratificante y saludable.
- Al buscar un ambiente saludable debe hacerse referencia al concepto de salud integral, la cual es el producto de las relaciones armónicas internas y externas de cada persona, que logra mantener consigo mismo, con los demás y con el medio ambiente. Tomando este concepto como referencia, la integridad en el abordaje al trabajo por la salud de los universitarios significa:

- Fortalecer al joven para que desarrolle todas sus potencialidades en las dimensiones psicológica, biológica, social y espiritual para que logre una integración armónica en sí mismo.
- Apoyar el desarrollo de habilidades para la convivencia en grupo, reforzando los espacios y oportunidades para dialogar, concertar decidir entre los universitarios y los adultos con los cuales interactúa en su cotidianidad.
- La educación para la salud permite una visión holística, multidisciplinaria del ser humano y su salud, considera al individuo en su contexto familiar, comunitario, social, económico y político, enfoque que reconoce la salud individual y colectiva en el conjunto de condiciones de vida, del entorno humano y ambiente físico.
- Incorpora conocimientos y desarrolla actividades de promoción de la salud en todas las oportunidades educativas, formal e informal, en el currículo, las actividades deportivas, etc.
- Fomenta un análisis crítico y reflexivo sobre los valores, las condiciones y estilos de vida y busca desarrollar principios y valores de promoción de la salud en la juventud en todas las etapas de su formación.
- Promueve la formación de principios y valores que conduzcan a estilos de vida saludable, fomenta una conciencia solidaria y espíritu de comunidad, en pro de la vida y de los derechos humanos. ⁽⁴⁾

2.2.3. Estilos de Vida Saludable.

El estilo de vida saludable es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud. Entre los estilos de vida más importantes que afectan a la salud se encuentran:

- Actividad física y ejercicio físico
- Alimentación y Nutrición

- Control de la salud
- Consumo de sustancias toxicas: tabaco alcohol y otras drogas.
- Estrés
- Relaciones interpersonales
- Tipo de personalidad y trabajo
- Control de comportamiento sexual

2.3. Historia del “Instituto Técnico Superior República del Ecuador”.

2.3.1. Reseña Histórica del “Instituto Técnico Superior República del Ecuador”.

Una cosecha es profusa sin la semilla es buena y se esparce sobre suelo fértil y el Instituto Técnico Superior República del Ecuador, ha ofrecido frutos durante cincuenta años de cultivo constante de la juventud femenina de Otavalo e Imbabura.

La siembra empezó un primero de octubre de 1950, mediante resolución Ministerial Nro. 44, cuando ejercía las funciones de Ministro el Lic. Gustavo Darquea Terán. Se inició como Colegio Profesional con Talleres de Corte y Confección, Bordado a Máquina, Labores y Tejidos con cincuenta alumnas egresadas de las Escuelas “Gabriela Mistral” y “La Inmaculada”. El Personal Docente, regentado por la feliz gestora de la naciente entidad Doña Carmen Carrillo de Ubidia, estuvo conformado por las profesoras: Mercedes Proaño de Morán, Germania Miranda Ormaza, Elvira Moreano Parra, Concepción Guerra de Guerra, Genoveva Morán Mena.

El 15 de julio de 1955. Mediante resolución Nro.437 se crea la sección de Comercio en Administración y el 31 de octubre de 1965, mediante Resolución Nro. 3000 se crea la sección de Bachillerato en Humanidades Modernas. El 21 de mayo de 1993, mediante acuerdo Nro. 961, se autoriza el funcionamiento del Bachillerato en Ciencias Especialidad

INFORMÁTICA y a fines de 1993, se crea el BACHILLERATO TÉCNICO EN SECRETARIADO EN ESPAÑOL.

Un 18 de octubre de 1993, mediante acuerdo Nro. 5019, expedido por el Dr. Eduardo Peña Triviño, Ministro de Educación, se crea el INSTITUTO TÉCNICO SUPERIOR “REPÚBLICA DEL ECUADOR” con las especializaciones de Mercadotecnia, Contabilidad de Costos, Mecánica Dental y Diseño Industrial.

A partir de octubre de 1995, con el auspicio del Ministerio de Educación y Cultura y la Universidad Andina “Simón Bolívar” se inicia el BACHILLERATO EN CIENCIAS, proyecto tendiente a elevar la calidad de la educación incorporando innovaciones curriculares en las Instituciones de la Red, proporcionando las bases operativas que permitan un nuevo enfoque para el mejoramiento de aspectos administrativos, pedagógicos y curriculares. Esta modalidad de bachillerato se legalizó posteriormente el 16 de marzo de 1998, mediante Acuerdo Ministerial Nro.1381. El Acuerdo Ministerial Nro. 1382 del 16 de marzo de 1998 crea el BACHILLERATO TÉCNICO EN ADMINISTRACIÓN con enfoque POLIVALENTE, que se inició en el periodo 1999 – 2000.

La sucesión de Acuerdos Ministeriales evidencian el desempeño de las autoridades por revitalizar la genética de una institución, que cuenta con espacios funcionales envidiables que nos han permitido marchar a la vanguardia de la educación laica.⁽⁸⁾

⁸ DIARIO DEL NORTE. Cincuentenario del Instituto Técnico Superior República del Ecuador. Año 2000.

2.3.2. Autoridades del “Instituto Técnico Superior República del Ecuador”.

Personal directivo:

01. Lic. Ramiro Velasco D.	Miembro H.C.D
02. Lic. Estuardo León C.	Rector (e)
03. Lic. Edgar a. Donoso.	Vicerrector (e)
04. Lic. Amanda Hidrobo G.	Inspector general
05. Lic. Darwin Jaramillo V.	Miembro H.C.D
06. Lic. Nancy Chaves S.	Miembro H.C.D
07. Lic. Edgar E. Cevallos J.	Miembro H.C.D

Personal Docente

08. Lic. Luis F. Albuja M.	22. Lic. Gonzalo Chorlango.
09. Lic. Fabiola Alencastro V.	23. Lic. Marcelo Echeverría J.
10. Lic. Lucia Almeida S.	24. Prof. Edgar Espín C.
11. Lic. Rommel Andrade E.	25. Lic. Fanny Flores V.
12. Lic. Teresa Andrade Q.	26. Lic. Julia Galarraga M.
13. Sra. Marlene Ayala C.	27. Lic. Jaime Gamboa Z.
14. Lic. Marco A. Barba M.	28. Lic. Marcelo Gonzales P.
15. Lic. Antonieta Bolaños R.	29. Prof. María Luisa Hidrobo
16. Lic. Efraín Burbano B.	30. Prof. Marcelo Jaramillo U.
17. Lic. Armando Carrillo R.	31. Lic. Rosa Lema V.
18. Lic. Rosalba Cisneros.	32. Lic. Rafael León C.
19. Lic. Guillermo Cisneros.	33. Prof. Cesar Mejía C.
20. Sra. Lilian Córdova A.	34. Lic. Lucia Méndez V.
21. Lic. Mariela Chico C.	35. Lic. Norma Méndez M.

36. Lic. Miriam Montalvo p.
37. Sr. Aníbal Montesdeoca.
38. Lic. Mario Muela C.
39. Lic. Vinicio Navas v.
40. Lic. José Ortiz C.
41. Prof. Rosa Paredes C.
42. Lic. Zoila Paredes R.
43. Lic. Gloria Portilla R.
44. Sra. Jacqueline Pozo A.
45. Sr. Oswaldo Quiranza A.
46. Lic. Gabriela Rea V.
47. Lic. Victoria Real G.
48. Prof. Mayra Revelo M.
49. Lic. Marcia Rivadeneira.
50. Lic. Mónica Rodríguez.
51. Prof. Ruby Rodríguez.
52. Lic. Ernesto Román D.
53. Srta. María Rosero.
54. Lic. Luz América Ruales.
55. Lic. Yolanda Ruiz R.
56. Lic. Lucia Santy T.
57. Lic. Amparito Subía G.
58. Lic. Gladys Terán G.
59. Lic. Mónica Terán g.
60. Prof. Zoila Terán G.
61. Lic. Bolívar Troya P.
62. Sra. Silvia Vaca E.
63. Lic. Rosa Valencia M.
64. Lic. Carlos Valencia Q.
65. Lic. Rosario Valencia O.
66. Prof. Patricio Vásquez M.
67. Lic. Cristina Villacís P.
68. Srta. Susana Vinueza B.
69. Lic. Wilson Vinueza B.
70. Srta. Blanca Yépez.

Personal Docente por Contrato

74. Prof. María O. Ruiz F.
75. Sr. Jorge Proaño.
76. Sr. Alexis Mora P.
77. Prof. Amanda Torres.
78. Sra. Martha López A.
79. Sra. Olga Alencastro V.
80. Prof. Patricio Burbano.
81. Sra. Lucia Ruiz H.

Personal Docente Con Nombramiento Accidental

71. Econ. Alfonso Almeida

73. Sr. Andrés Fierro M.

72. Sra. Yolanda Tituaña.

Personal Administrativo

01. Sr. Alonso Almendaris.

08. Dra. Vilma León C.

02. Sr. Eduardo Andrade P.

09. Sra. Nancy Montalvo R.

03. Sra. María Cisneros.

10. Srta. Cristina Núñez G.

04. Sr. Eduardo Corrales.

11. Lic. Solanda Torres M.

05. Dra. Patricia Dávila.

12. Lic. Mary Valles R.

06. Sra. Miriam Garcés M.

13. Sra. Margarita Vega M.

07. Sra. Ruth Jaramillo M.

14. Lic. Javier Zaldumbide A.

Personal de Servicios

01. Sr. Jorge Bejarano P.

04. Sr. Wilson Males R.

02. Sr. Sixto Gualsaqui S.

05. Sr. Jacinto Rodríguez P.

03. Sr. Luis Guasgua Q.

2.4. La Adolescencia.

2.4.1. Definición de Adolescencia.

Es el período de desarrollo comprendido entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta. Suele iniciarse entre los 11 y los 13 años de edad, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, y se prolonga hasta la edad de 18 a 20 años, con la adquisición de la forma adulta completamente desarrollada. Durante este período el sujeto sufre profundos cambios desde el punto de vista físico, psicológico, emocional y de la configuración de su personalidad.⁽⁹⁾

La adolescencia, es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y preuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro.⁽¹⁰⁾

2.4.2. Desarrollo Físico del Adolescente.

Durante la adolescencia se produce un importante crecimiento corporal, incrementándose el peso y la estatura. A este fenómeno se le denomina pubertad, el cual marca el inicio de la adolescencia

Este proceso abarca los cambios fisiológicos y físicos que el adolescente desarrolla, teniendo consecuencias tanto a nivel social, como individual (identidad).

⁹ Diccionario General Mosby.

¹⁰ BOLÍVAR. Y. La Adolescencia. www.rincóndelvago.com

En las mujeres se ensanchan las caderas, redondeándose por el incremento de tejido adiposo; en los hombres se ensanchan los hombros y el cuello se hace más musculoso.

Durante este periodo del desarrollo humano es cuando maduran los órganos sexuales, tanto internos como externos, y generalmente esto ocurre antes en el sexo femenino que en el masculino, debido a factores hormonales:

- En las mujeres se produce una dilatación de los ovarios y la primera menstruación.
- En los hombres se desarrolla el pene y los testículos, así como la próstata y el uréter; aparece la primera eyaculación.

Dentro de este mismo proceso se desarrollan los caracteres sexuales secundarios:

- En las mujeres vello púbico y en las axilas; crecimiento de los senos.
- En los hombres vello púbico, facial y en las axilas; cambio de la voz.

2.4.3. Cambios Psicológicos del Adolescente.

Además de estos cambios fisiológicos que son conocidos y aceptados por la mayoría de los padres por poca que sea su información, se producen otros cambios psicológicos, que son considerados como normales, pero que cogen desprevenidos a muchos padres que consultan a profesionales porque su hijo no es el mismo de hace un año, y tienen miedo de que le suceda algo malo.

Los cambios son lo suficientemente importantes como para que los reconozcamos sin problemas:

- **Crisis de oposición:** en cuanto a la necesidad que tienen de autoafirmarse, de formar un yo diferente al de sus padres a los que han estado estrechamente unidos hasta ahora, con necesidad de autonomía, de independencia intelectual y emocional. Por eso nuestro niño, deja de ser nuestro, para ser de los demás, especialmente de los amigos.

- **Desarreglo emotivo:** a veces con la sensibilidad a flor de piel y otras en las que parece carecer de sentimientos. Es por eso que un día nuestra hija nos sorprende con un abrazo y otro día rechaza cualquier muestra de cariño. Un día sin motivo aparente se despierta dando gruñidos, simplemente porque sus hormonas posiblemente le estén jugando una mala pasada.

- **Imaginación desbordada:** Sueñan, y esto no es más que un mecanismo de defensa ante un mundo para el que no están preparados. Es un medio de transformar la realidad, pueden imaginar un porvenir, como modelos, o futbolistas de elite, o campeones de surf, actores, etc. Ellos pueden cambiar el mundo, hacerlo mejor.

- **Narcisismo:** Se reconoce al adolescente cuando comienza a serlo, simplemente por las horas que le dedica al espejo. Le concede una importancia extrema a su físico: puede lamentarse por un grano en la nariz, obsesionarse por la ropa, por estar gordos o delgados. quieren estar constantemente perfectos aunque su visión de la estética no tenga nada que ver con la nuestra.

- **Crisis de originalidad:** que presenta dos aspectos:
 - a) **Individual:** como afirmación del yo, con gusto por la soledad, el secreto, las excentricidades en el vestir, o en su forma de hablar o de pensar. Necesita reformar, transformar el mundo, ser distinto y especial.

b) Social: aquí está la rebelión juvenil: Rebelión en cuanto a los sistemas de valores de los adultos y las ideas recibidas. Achacan al adulto sobretodo su falta de comprensión y el hecho de que atenta contra su independencia. Hay una necesidad clara de participación, la uniformidad en lenguaje y en vestimenta de los adolescentes, no es más que la necesidad de afecto, de ser considerado, aprobado por el propio grupo, y que a veces lo viven de una forma obsesiva.

Veamos ahora que sentimientos reales acompañan a estas manifestaciones, y que son consecuencia directa de las crisis que está atravesando:

- **Sentimiento de inseguridad:** sufre a causa de sus propios cambios físicos que no siempre van parejos con su crecimiento emocional, puesto que la pubertad, es decir la madurez física, siempre precede a la psíquica, con lo que a veces se encuentran con un cuerpo de adulto, que no corresponde a su mente, y por lo tanto no se reconocen, y desarrollan una fuerte falta de confianza en sí mismos.
- **Sentimientos angustia:** puesto que existe una frustración continua. Por una parte le pedimos que actúe como un adulto (en sociedad, responsabilidad) y por otra se le trata como un niño, se le prohíbe vestir de una u otra forma, o se reglamentan sus salidas nocturnas, etc..

Esta angustia es la manifestación de la tensión que el chico soporta y que se manifiesta por:

a) agresividad: como respuesta a dicha frustración, la agresividad es un mecanismo habitual. La cólera del adolescente ante nuestra negativa a sus exigencias, la irritabilidad, la propensión a la violencia, que de momento les supone una bajada de tensión pero que por supuesto es

sólo momentánea, las malas contestaciones, los portazos, las reacciones desmedidas en las peleas con los hermanos, etc. son claros ejemplos.

b) miedo al ridículo: que como sabemos se encuentra exageradamente presente. Es un sentimiento social de vergüenza, atravesar un sitio con mucha gente, ir con ropa poco apropiada para el grupo, etc. y que puede tener manifestaciones físicas: taquicardia, trastornos gastrointestinales, etc.

c) angustia expresada de modo indirecto: el miedo al examen, (quedarse en blanco), timidez extrema, miedo a desagradar, reacción de rechazo cuando se le dan muestras de cariño, tanto en público como en privado.

d) sentimientos de depresión: por la necesidad de estar solo, de melancolía y tristeza que pueden alternar con estados de verdadera euforia.

Bien, estas características entran dentro de la normalidad de un chico o una chica adolescente, pero por supuesto, dentro de unos límites. La angustia, la depresión, la irritabilidad, el ir contra las normas, puede volverse patológico cuando es exagerado, cuando vemos que el adolescente está sufriendo mucho y o hace sufrir a los demás, cuando vemos que se altera toda su vida y que esos sentimientos le condicionan absolutamente, que de alguna forma le alejan en exceso de la realidad.

(11)

¹¹ MENENDEZ. I. Adolescencia La Crisis Necesaria.
_http://www.psicologoinfantil.com/articuloadolescencia.htm

2.4.4. Psicopatología del Adolescente.

Estaríamos hablando de crisis complicadas. Estaríamos hablando de patologías que por su extensión paso simplemente a enumerar y a realizar una pequeña descripción:

- **Patología de las conductas centradas en el cuerpo.** Estaríamos hablando en casos extremos de anorexia y bulimia, de las que hablaremos en otra de las jornadas por ser desgraciadamente una de las complicaciones más frecuentes de las crisis. Perturbaciones, alteraciones de las conductas alimentarias, obesidad etc. Conductas fóbicas con respecto a una parte del cuerpo, con una preocupación obsesiva sobre la silueta, sobre los caracteres sexuales, tamaño del pene, de los pechos, etc., el acné, etc..
- **Inhibición intelectual:** es decir freno de sus capacidades intelectuales. Puede considerarse hasta normal, un bajón en las notas a partir de 2º de ESO, y durante todo el bachillerato. Siempre que sea algo momentáneo, no excesivamente preocupante es considerado como normal, y los psicólogos lo hemos llamado inflexión escolar, que es superada sin problemas por el adolescente, a medida que se va equilibrando. Sin embargo existen casos en los que el cambio es brutal, el fracaso total, y existe un cambio radical en su rendimiento. En estos casos suele haber una etiología, es decir unas causas, más profundas y que pueden indicar desde una depresión, hasta un estado de ansiedad o angustia extremo.
- **Trastornos del estado de ánimo:** Estados de ansiedad, fobias escolares o sociales, ataques de pánico, que a veces y dada que la sintomatología es muy diferente, no se reconocen a primera vista. Y por supuesto la famosa depresión. En este punto voy a detenerme un poco, por la incidencia de este trastorno en la adolescencia española,

en los últimos años. La depresión va aumentando, en una proporción muy alta con respecto a estudios anteriores. En los adolescentes esta depresión puede no manifestarse como en un adulto, sino con equivalentes que enmascaran dicho trastorno.

2.4.5. Equivalentes Depresivos en la Adolescencia

1. Trastorno del comportamiento (desobediencia total, faltar a clase, fugas)
2. Problemas escolares graves habiéndose descartado problemas intelectuales, de aprendizaje o de mecánica de estudio.
3. Tendencia a adicciones, drogas, alcohol.
4. Conducta sexual anárquica.
5. Delincuencia.
6. Quejas psicosomáticas.
7. Trastornos del apetito y del sueño.

Por supuesto existen también depresiones con características semejantes a las de los adultos y que estarían marcadas por las mismas pautas:

1. Tristeza y desaliento. Llanto frecuente.
2. Aburrimiento. Apatía ante todo, ante el estudio y ante las cosas que antes le gustaban.
3. Cansancio. Sensación constante de fatiga psíquica y física.
4. Trastorno del sueño y del apetito. Pueden adelgazar o por el contrario comer continuamente aunque en depresión es más frecuente lo primero.
5. Sentimientos de inferioridad. Baja autoestima, se sienten menos que los demás, creen que todos se dan cuenta de sus problemas y limitaciones.

6. Dificultad para mantener relaciones sociales. Empiezan a salir poco, hasta que se quedan todo el fin de semana en casa, habitualmente sin hacer nada. ⁽⁶⁾

2.5. Factores de Riesgo

La conducta suicida no es una conducta aleatoria y ya desde las primeras descripciones científicas de la misma se observó que hasta cierto punto se podía predecir, ya que se encontraba asociada a diversos factores sociales, psicológicos y biológicos.

2.5.1. Factores sociodemográficos

2.5.1.1. Género. En la mayor parte de los países donde se ha estudiado el suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres. En el estudio WHO/EURO ⁽¹²⁾, se obtiene una relación mujer/hombre para los intentos de suicidio de 1,5:1. Sin embargo, los hombres realizan mayor número de suicidios consumados 9:10.

Los métodos utilizados en el acto suicida varían según el sexo. Los hombres suelen consumir el suicidio ya que el método que emplean es más violento (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación desde lugares altos o envenenamiento por gas ⁽¹³⁾). Las mujeres suelen realizar sobreingestas de psicotrópicos o de venenos, o incisiones con elementos cortantes. Muchas veces el método escogido nos indica la intencionalidad del acto ⁽¹⁴⁾.

¹² SCHMIDTKE A, BILLE-BRAHE U, DELEO D, KERHOF A, BJERKE T, CREPET P et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre study on Parasuicide. Acta Psychiatr Scand 1996.

¹³ ISOMETSÄ ET, LÖNNQUIST JK. Suicide attempts preceding completed suicide. Br J Psychiatry 1998

¹⁴ MIRÓ E. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2ª edición. J. Vallejo Ruiloba, C. Gastó Ferrer. Edit. Masson, 2000.

2.5.1.2. Edad. El riesgo de suicidio aumenta con la edad ⁽¹⁵⁾. Actualmente las tasas de suicidio consumado en jóvenes están aumentando, sobre todo en varones entre 15-24 años, siendo la tercera causa de muerte en Estados Unidos entre jóvenes de esta edad ⁽⁴⁾.

Según el WHO/EURO ⁽¹⁾, las tasas de intentos de suicidio para mujeres son más altas entre los 15-24 años y entre los 25-34 años para los hombres.

2.5.1.3. Origen étnico. Dos de cada tres suicidas son varones blancos en Estados Unidos. La tasa de suicidio para varones blancos es 1,6 veces mayor que la de los varones negros, 4 veces mayor que la de las mujeres blancas y 8,2 veces mayor que la de las mujeres negras ⁽⁴⁾.

Hay grupos étnicos, como los indios americanos y nativos de Alaska, en los que la tasa de suicidio es superior a la media nacional. En Europa, la tasa de suicidio en fineses y húngaros doblan la media europea, mientras que los países mediterráneos están por debajo ⁽¹⁶⁾.

2.5.1.4. Estado civil. Durkheim ya en 1897 ya destacó el papel de la familia y el estado civil en el desencadenamiento del comportamiento suicida. En su opinión, la subordinación a los intereses del núcleo familiar en el que el individuo está integrado, disminuye los impulsos individualistas y suicidas ⁽⁵⁾.

Estudios posteriores han confirmado esta tendencia. Por ejemplo, en el WHO/EURO ⁽¹⁾, se observó una mayor incidencia de suicidios en hombres y mujeres solteras, divorciadas y viudos. Qin y Col¹⁷, encontraron que ser

¹⁵ KAPLAN HI, SADOCK BJ. Sinopsis de Psiquiatría, 8ª edición, 1999.

¹⁶ GARCÍA-RESA E, BRAQUEHAIS D, BLASCO H, RAMIREZ A, JIMÉNEZ L, DÍAZ-SASTRE C et al. Sociodemographic features of suicide attempts. Actas Españolas de Psiquiatría 2002.

¹⁷ P, AGERBO E, WESTERGARD-NIELSEN N, ERIKSSON T, MORTENSEN PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. Br J Psychiatry 2000.

soltero es un factor de riesgo para los hombres y que para las mujeres tener un hijo menor de 2 años es un factor de protección.

2.5.1.5. Nivel socioeconómico. Tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menor nivel cultural ^(1,4,5,6).

2.5.2. Factores Clínicos

2.5.2.1. Trastornos Médicos

La relación entre el suicidio y las enfermedades médicas es significativa¹⁸. Hay que tener en cuenta que existen enfermedades que por sí mismas se asocian a trastornos del ánimo (cáncer de mama o páncreas, epilepsia, esclerosis múltiple, traumatismos craneoencefálicos, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Huntington, VIH, enfermedad de Cushing, porfiria, úlcera péptica, cirrosis o enfermedad renal tratada con hemodiálisis). También factores asociados a la enfermedad contribuyen tanto al suicidio como al intento de suicidio, como por ejemplo: pérdida de movilidad, desfiguración, dolor crónico intratable, pérdida del *estatus* laboral e interrupción de las relaciones personales. Ciertos fármacos pueden también alterar el estado de ánimo: reserpina, corticoides, antihipertensivos y antineoplásicos.

2.5.2.2. Trastornos Mentales

El suicidio tiene una fuerte relación con la enfermedad mental ⁽⁷⁾. Esta asociación se ha valorado por los estudios de autopsias psicológicas de series consecutivas de suicidios ⁽¹⁹⁾. Estos estudios han mostrado que un 90% de los suicidios tenían uno o más trastornos psiquiátricos y que a

¹⁸ HARRIS EC, BARRACLOUGH B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry 1997.

¹⁹ ISOMETSÄ ET. Psychological autopsy studies- a review. Eur Psychiatry 2001.

mayor número de patologías, mayor riesgo de suicidio ⁽²⁰⁾. El riesgo de suicidio es mayor en la fase temprana de la enfermedad y en los primeros seis meses, tras el alta de un ingreso psiquiátrico ⁽²¹⁾.

2.5.2.3. Trastornos Afectivos

Los trastornos afectivos y sobre todo el trastorno depresivo mayor es el trastorno psiquiátrico que más se relaciona con el suicidio ⁽²²⁾. En el meta-análisis de Harris y Barraclough ⁽⁷⁾, se obtiene como resultado que la depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, el trastorno bipolar 15 y la distimia 12.

El riesgo es especialmente mayor al comienzo o al final del episodio depresivo, ya que en la fase de estado, el retardo psicomotor y la inhibición bloquean el paso a la acción ⁽³⁾.

2.5.2.4. Esquizofrenia

En este trastorno, se han descrito tasas de suicidio de hasta un 10% ⁽²³⁾. Los pacientes con esquizofrenia comparten algunos de los factores de riesgo de la población general: ser hombre, blanco, estar deprimido, soltero, desempleado, vivir solo o estar aislado socialmente. También existen factores específicos para la esquizofrenia como: ser joven, haber tenido numerosas recaídas con alto número de ingresos psiquiátricos y deterioro social, laboral y sexual por la enfermedad.

²⁰ BEAUTRAIS AL, JOYCE PR, MULDER RT, FERGUSON DM, DEAVOLL BJ, NIGHTINGALE SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study. *Am J Psychiatry* 1996.

²¹ KING EA, BALDWIN DS, SINCLAIR JMA, BAKER NG, CAMPBELL MJ, THOMPSON C. The Wessex recent in-patient suicide study, I. Case control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides. *Br J Psychiatry* 2001.

²² ANGST J, ANGST F, STASSEN HH. Suicide risk in patients with Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry* 1999.

²³ PALMER DD, HENTER ID, WYATT RJ. Do antipsychotic medications decrease the risk of suicide in patients with schizophrenia? *J Clin Psychiatry* 1999.

Otro aspecto a tener en cuenta es el uso de los neurolépticos. Tras su introducción, los estudios orientaban a que podía aumentar el riesgo de suicidio, sobre todo por sus efectos secundarios: acatisia o rigidez.

2.5.2.5. Trastorno de Ansiedad

Casi el 20% de los pacientes con un trastorno de crisis de ansiedad y fobia social, hacen intentos de suicidio infructuosos. Si se asocia además a depresión, entonces aumenta el riesgo de que el intento sea un suicidio consumado ⁽²⁴⁾.

2.5.2.6. Abuso de Sustancias

El trastorno por uso de sustancias, fundamentalmente el alcoholismo y en menor medida otras drogas, frecuentemente se ha asociado al suicidio, tanto como factor de riesgo como precipitante de conductas suicidas ⁽²⁵⁾. Hasta un 15% de los alcohólicos se suicidan y el abuso de alcohol es un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios ⁽¹⁴⁾. Según Harris y Barraclough⁽⁷⁾, tienen 6 veces más de riesgo de suicidio que en la población general. Suelen ser hombres blancos, de mediana edad, solteros o con antecedentes de ruptura sentimental, con problemas económicos y/o laborales y aislados socialmente. El consumo de alcohol, además, puede ir asociado a enfermedades médicas, trastornos del ánimo, trastornos de personalidad, intentos autolíticos previos o trastornos del control de impulsos ⁽²⁶⁾.

²⁴ LECRUBIER Y. The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behaviour. Eur Psychiatry 2001.

²⁵ ROS MONTALBÁN S. La conducta suicida. Editorial Ela 1997. Grupo Arán.

²⁶ GORWOOD P. Biological markers for suicidal behaviour in alcohol dependence. Eur Psychiatry 2001

2.5.2.7. Trastornos de Personalidad

Los trastornos de personalidad tienen una particular relevancia, ya que pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones personales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental ⁽⁴⁾.

2.5.2.8. Conducta Suicida Previa

La prevalencia de los intentos autolíticos está entre 0,7-5,9 % ⁽²⁷⁾. La existencia de antecedentes personales de intentos autolíticos en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado ⁽²⁸⁾. En el meta-análisis de Harris y Barraclough ⁽⁷⁾, encuentran que las personas con intentos autolíticos previos tienen 40 veces más de riesgo de suicidio que la población general. Isometsä ⁽¹⁶⁾, sin embargo, lo considera un indicador de riesgo de limitada sensibilidad, ya que una proporción significativa de los suicidios consumados en su estudio habían muerto en su primer intento, siendo esta proporción mayor en los hombres (62 frente al 38% en mujeres). El 82% de aquellos que realizaron intentos previos y que consumaron el suicidio finalmente, cambiaron el método a otro más letal.

2.5.2.9. Trastornos Adaptativos

Son síntomas emocionales (depresivos o ansiosos) o conductuales (incluso autolisis), clínicamente significativos que se desarrollan en respuesta a uno o más factores psicosociales de estrés identificables. La gravedad del factor no siempre predice la entidad del trastorno adaptativo.

²⁷ SUOKAS J, SUOMINEN K, ISOMETSÄ E, OSTAMO A, LÖNNQUIST J. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 2001.

²⁸ MANN JJ, WATERNAUX C, HAAS GL, MALONE KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999

Se trata de una variable compleja en la que se combinan su intensidad, cantidad, duración o contexto personal. Entre estos acontecimientos vitales se pueden destacar: procesos relacionados con la edad (abandono del hogar de los hijos, matrimonio de los mismos, jubilación, necesidad de asistencia domiciliaria, ingreso en residencias), problemas laborales, de pareja, de salud, enfermedad o fallecimiento de algún miembro de la familia ⁽²⁹⁾.

2.5.3. Factores Genéticos y Neurobiológicos

Poseer antecedentes familiares de suicidio, aumenta el riesgo de conductas suicidas para los pacientes.

Algunos autores, encuentran relación entre la historia familiar de suicidio con la violencia del acto suicida. Sin embargo, existen dudas acerca de si esta asociación es debida a factores no genéticos y más relacionados con características culturales en las que crece el individuo, si se deben a la transmisión genética del trastorno psiquiátrico asociado con el suicidio o si existe un factor genético independiente para él mismo, como por ejemplo la impulsividad^(3, 18,30).

En varios estudios³¹, se ha relacionado a las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central que es independiente del diagnóstico psiquiátrico. Se han hallado niveles bajos de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidados, y además se ha establecido una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida. Se piensa que aquellos factores que disminuyan la actividad

²⁹ CONNER KR, CONWELL Y, DUBERSTEIN PR. The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. II. Live events, social support and suicidal behavior. *Acta Psychiatr Scand* 2001.

³⁰ ROY A, NIELSEN D, RYLANDER G, SARCHIAPONE M, SEGAL N. Genetics of suicide in depression. *J Clin Psychiatry* 1999.

³¹ MANN JJ, OQUENDO M, UNDERWOOD MD, ARANGO V. The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. *J Clin Psychiatry* 1999.

serotoninérgica, pueden ser relevantes para la conducta suicida, como por ejemplo: factores genéticos (polimorfismos en el gen de la enzima Triptófano Hidroxilasa-TPH, polimorfismos del gen del receptor 5-HT_{2A}) o factores bioquímicos (bajos niveles de proteína transportadora de serotonina ⁽¹¹⁾, bajos niveles de proteína MAO en sangre, altos niveles de receptores 5-HT_{1A} y 5-HT_{2A} postsinápticos o bajos niveles de colesterol en sangre.

2.6. El Comportamiento Suicida.

El comportamiento suicida abarca las siguientes manifestaciones:

- **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.
- **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.
- **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.

- **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.
- **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.
- **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.
- **El Suicidio Frustrado.** Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.
- **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 autoagrede 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.).

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

Las ideas suicidas son muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida.

El intento de suicidio es muy común entre los adolescentes con predisposición para esta conducta y se considera que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentan cerca de trescientos.⁽³²⁾

2.7. Causas De Suicidio

- Suicidio en grupo: Cuando uno tras otro se suicidan dentro del grupo de adolescentes.
- Eventos traumáticos: Muerte de un amigo o familiar cercano, pérdida repentina monetaria, etc.
- Eventos independientes: Compra de un arma, uso y abuso de drogas, embarazo no-deseado, etc.

³² PÉREZ.S. ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?. Correo Electrónico: serper.grm@infomed.sld.cu

2.7.1. Antecedentes Familiares Suicidas.

La familia, tal como está definida en nuestra Constitución Política, es el núcleo fundamental de la sociedad. Pero la familia no sólo es buena para la sociedad, sino que también es lo mejor para el desarrollo de la persona humana, desde que es concebida hasta su muerte."La familia es el espacio en el que se obtiene cariño, afecto y se descubre el sentido de la vida."

La causa que genera mayor culpabilidad, hostilidad y estigmatización, es el suicidio. Los familiares y amigos más cercanos deben obtener mayor apoyo emocional, ya que están viviendo una experiencia traumática.

En cuanto a la culpabilidad que con frecuencia sienten los sobrevivientes a un suicida es posible manejarla siempre y cuando sea con responsabilidad. Aquéllos con antecedentes familiares de suicidio son más propensos a cometer suicidio que los que no los tienen. Un antecedente familiar de suicidio y un historial psiquiátrico son factores de riesgo aun mayor. ⁽³³⁾

2.7.2. Los Medios de Comunicación

En algunas situaciones parece que, los medios de comunicación, influyen en su comportamiento y en sus actitudes ante la vida misma. Lo ayudan a tomar decisiones y lo pueden empujar a determinar sus pautas de comportamiento a través de estereotipos o por la información que se le proporciona al individuo. Cabe mencionar que el resultado del proceso de emisor, receptor y o retroalimentación, que ejercen los medios masivos en los individuos, actúan como refuerzo de las actitudes en el ser humano, haciendo que estos sean positivos o negativos en su desarrollo social.

³³ <http://www.dmedicina.com/vida-sana/actualidad/los-antecedentes-familiares-duplican-el-riesgo-de-suicidio>.

Una de las primeras asociaciones conocidas entre el suicidio y los medios de comunicación surgió de la novela de Goethe “Leiden des jungen Werther” (Las Penas del Joven Werther) publicada en 1774. En esta obra, el héroe se dispara luego de un amor infortunado, y poco después de su publicación, se informó acerca de muchos varones jóvenes que usaron el mismo método para cometer suicidio. Esto resultó en la prohibición del libro en varios lugares⁽³⁴⁾. De ahí el término “efecto Werther” usado en la literatura técnica para designar la imitación en los suicidios.

Otros estudios del rol de los medios de comunicación en el suicidio incluyen una revisión que se remonta al siglo pasado en los Estados Unidos. Otro caso famoso y reciente se relaciona con el libro Final Exit (Salida Final) escrito por Derek Humphry: después de su publicación, hubo un aumento en los suicidios en Nueva York, usando los métodos descritos⁽³⁵⁾. La publicación de Suicide, mode d’emploi (Suicidio, modo de empleo) también condujo a un aumento en el número de suicidios⁽³⁶⁾. De acuerdo con Philips y su equipo⁽³⁷⁾, el grado de publicidad dado a la historia de un suicidio está directamente correlacionado con el número de suicidios posteriores. Los casos de suicidio involucrando celebridades han tenido un impacto particularmente fuerte.

³⁴ Schmidtke A, Schaller S. What do we do about media effects on imitation of suicidal behaviour. In: De Leo D, Schmidtke A, Schaller S, eds. Suicide prevention: a holistic approach. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998.

³⁵ Mazurk PM et al. Increase of suicide by asphyxiation in New York City after the publication of “Final Exit”. New England journal of medicine, 1993.

³⁶ Soubrier, J.P. La prévention du suicide est-elle encore possible depuis la publication autorisée d’un livre intitulé: Suicide Mode d’Emploi – Histoire, Techniques, Actualités. [is suicide prevention still possible after the authorized publication of a book entitled “Suicide: How to do it – History, techniques, news”] Bulletin de l’Académie Nationale de Médecine, 1984.

³⁷ Philips DP, Lesnya K, Paight DJ. Suicide and media. IN: Maris RW, Berman AL, Maltsberger JI, eds. Assessment and prediction of suicide. New York, Guilford, 1992.

La televisión también influye en el comportamiento suicida. Philips ⁽³⁸⁾ mostró un aumento en los suicidios hasta 10 días después de los informes sobre casos de suicidio en las noticias. Como en la prensa escrita, las historias altamente publicitadas que aparecen en múltiples programas por múltiples canales parecen tener el mayor impacto, todo lo más si involucran celebridades. No obstante, existen informes contradictorios sobre el impacto de programas ficticios: algunos no muestran efecto alguno, mientras otros lo ocasionan con un aumento en el comportamiento suicida ⁽³⁹⁾.

2.8.-Características Del Suicidio.

El comportamiento de la actividad suicida, comprende la autodestrucción total (muerte), la autodestrucción (no muerte), la mutilación y otras acciones dolorosas y no dolorosas, las amenazas, indicaciones verbales de las intenciones de destruirse, depresión e infidelidad y pensamientos de separación, partida, ausencia, consuelo y alivio.

El comportamiento es más grave debido a sentimientos de culpa o porque es necesario poder comunicar algo con impacto equivalente. Normalmente una persona suicida se descubre a si misma comunicando su tendencia a través del comportamiento, o verbalmente antes de que se produzca un acto específico.⁽⁴⁰⁾

³⁸ Philips DP, The impact of fictional television stories on US adult fatalities: new evidence on the effect of the mass media on violence. American journal of sociology.

³⁹ Hawton K et al. Effects of a drug overdose in a television drama on presentations to hospital for self-poisoning: time series and questionnaire study. British medical journal, 1999.

⁴⁰ Rodríguez-Pulido F, González de Rivera F. (2000). Evaluación y medición del riesgo de autolesión y suicidio. Medición clínica en psiquiatría y psicología. Barcelona: Masson

El suicida típico presenta un deseo de morir y vivir a la vez; desesperación, impotencia e imposibilidad de hacer frente a los problemas, agotamiento físico o psicológico, ansiedad, tensión, depresión, rabia, culpa, caos y desorganización, estados de ánimo cambiantes, pérdida del interés por actividades normales, malestar físico, rastornos de sueño, pérdida del apetito etc. Existe también una pasividad, una falta de iniciativa o pérdida de interés de objetos y planes de acción.

2.9. Triangulo Letal de Shneidman

Síntomas característicos que acompañan a la persona cuando está a punto de cometer suicidio:

- Baja auto estima
- Agitación extrema en la cual la persona se encuentra muy presionado y no discierne claramente; las decisiones intelectuales se trasforman en decisiones impulsivas de orden efectivo.
- Visión en túnel (no se ve otra cosa que la muerte como salida) o limitación en las posibilidades intelectuales que determinan que el sujeto no puede discernir severamente más allá de la situación inmediata.⁽⁴¹⁾

2.10. Trastornos de la Personalidad.

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por patrones de percepción, reacción y relación que son relativamente fijos, inflexibles y socialmente desadaptados, incluyendo una variedad de situaciones. Cada uno tiene patrones característicos de percepción y de relación con otras

⁴¹ <http://biblioteca.idict.villaclara.cu/UserFiles/File/revista%20varela/rv1604.pdf>.

personas y situaciones (rasgos personales). Dicho de otro modo, toda la gente tiende a enfrentarse a las situaciones estresantes con un estilo individual pero repetitivo. Por ejemplo, algunas personas tienden a responder siempre a una situación problemática buscando la ayuda de otros. Otras siempre asumen que pueden manejar los problemas por sí mismas. Algunas personas minimizan los problemas, otras los exageran.

Aunque la gente tiende a responder siempre del mismo modo a una situación difícil, la mayoría es propensa a intentar otro camino si la primera respuesta es ineficaz. En contraste, las personas con trastornos de la personalidad son tan rígidas que no pueden adaptarse a la realidad, lo cual debilita su capacidad operacional. Sus patrones desadaptados de pensamiento y comportamiento se hacen evidentes al principio de la edad adulta, frecuentemente antes, y tienden a durar toda la vida. Son personas propensas a tener problemas en sus relaciones sociales e interpersonales y en el trabajo.

2.10.1. Personalidad Paranoide

Las personas con una personalidad paranoide proyectan sus propios conflictos y hostilidades hacia otros. Son generalmente frías y distantes en sus relaciones. Tienden a encontrar intenciones hostiles y malévolas detrás de los actos triviales, inocentes o incluso positivos de otras personas y reaccionan con suspicacia a los cambios en las situaciones. A menudo, las suspicacias conducen a conductas agresivas o al rechazo por parte de los demás (resultados que parecen justificar sus sentimientos originales).

Los que tienen una personalidad paranoide frecuentemente intentan acciones legales contra otros, especialmente si se sienten indignados con razón. Son incapaces de ver su propio papel dentro de un conflicto. Aunque suelen trabajar en relativo aislamiento, pueden ser altamente eficientes y concienzudos.

A veces las personas que ya se sienten alienadas a causa de un defecto o una minusvalía (como la sordera) son más vulnerables a desarrollar ideas paranoides.

2.10.2. Personalidad Esquizoide

Las personas con una personalidad esquizoide son introvertidas, ensimismadas y solitarias. Son emocionalmente frías y socialmente distantes. A menudo están absortas en sus propios pensamientos y sentimientos y son temerosas de la aproximación e intimidad con otros. Hablan poco, son dadas a soñar despiertas y prefieren la especulación teórica a la acción práctica. La fantasía es un modo frecuente de enfrentarse a la realidad.

2.10.3. Personalidad Esquizotípica

Las personas con una personalidad esquizotípica, al igual que aquellas con una personalidad esquizoide, se encuentran social y emocionalmente aisladas. Además, desarrollan pensamientos, percepciones y comunicaciones insólitas. Aunque estas rarezas son similares a las de las personas con esquizofrenia, y aunque la personalidad esquizotípica se encuentra a veces en la gente con esquizofrenia antes de que desarrollen la enfermedad, la mayoría de los adultos con una personalidad esquizotípica no desarrolla esquizofrenia. Algunas personas muestran signos de pensamiento mágico (la idea de que una acción particular puede controlar algo que no tiene ninguna relación con ella). Por ejemplo, una persona puede creer que va a tener realmente mala suerte si pasa por debajo de una escalera o que puede causar daño a otros teniendo pensamientos de ira. La gente con una enfermedad esquizotípica puede tener también ideas paranoides.

2.10.4. Personalidad Histriónica

Las personas con una personalidad histriónica (histérica) buscan de un modo notable llamar la atención y se comportan teatralmente. Sus maneras vivamente expresivas tienen como resultado el establecer relaciones con facilidad pero de un modo superficial. Las emociones a menudo aparecen exageradas, infantilizadas e ideadas para provocar la simpatía o la atención (con frecuencia erótica o sexual) de los otros. La persona con personalidad histriónica es proclive a los comportamientos sexualmente provocativos o a sexualizar las relaciones no sexuales. Pueden no querer en realidad una relación sexual; más bien, sus comportamientos seductores a menudo encubren su deseo de dependencia y de protección. Algunas personas con personalidad histriónica también son hipocondríacas y exageran sus problemas físicos para conseguir la atención que necesitan.

2.10.5. Personalidad Narcisista

Las personas con una personalidad narcisista tienen un sentido de superioridad y una creencia exagerada en su propio valor o importancia, lo que los psiquiatras llaman "grandiosidad". La persona con este tipo de personalidad puede ser extremadamente sensible al fracaso, a la derrota o a la crítica y, cuando se le enfrenta a un fracaso para comprobar la alta opinión de sí mismos, pueden ponerse fácilmente rabiosos o gravemente deprimidos. Como creen que son superiores en las relaciones con los otros, esperan ser admirados y, con frecuencia, sospechan que otros los envidian. Sienten que merecen que sus necesidades sean satisfechas sin demora y por ello explotan a otros, cuyas necesidades o creencias son consideradas menos importantes. Su comportamiento es a menudo ofensivo para otros, que les encuentran egocentristas, arrogantes o mezquinos.

2.10.6. Personalidad Antisocial

Las personas con personalidad antisocial (en otro tiempo llamada psicopática o personalidad sociopática), la mayor parte de las cuales son hombres, muestran desprecio insensible por los derechos y los sentimientos de los demás. Explotan a otros para obtener beneficio material o gratificación personal (a diferencia de los narcisistas, que creen que son mejores que los otros). Característicamente, tales personas expresan sus conflictos impulsiva e irresponsablemente. Toleran mal la frustración y, en ocasiones, son hostiles o violentas. A pesar de los problemas o el daño que causan a otros por su comportamiento antisocial, típicamente no sienten remordimientos o culpabilidad. Al contrario, racionalizan cínicamente su comportamiento o culpan a otros. Sus relaciones están llenas de deshonestidades y de engaños. La frustración y el castigo raramente les ocasionan la modificación de sus conductas.

Las personas con personalidad antisocial son frecuentemente proclives al alcoholismo, a la toxicomanía, a las desviaciones sexuales, a la promiscuidad y a ser encarceladas. Son propensas a fracasar en sus trabajos y a trasladarse de un sitio a otro. Frecuentemente tienen una historia familiar de comportamiento antisocial, abuso de sustancias, divorcio y abusos físicos. En su niñez, generalmente, fueron descuidados emocionalmente y con frecuencia sufrieron abusos físicos en sus años de formación. Tienen una esperanza de vida inferior a la media, pero entre los que sobreviven, esta situación tiende a disminuir o a estabilizarse con la edad.

2.10.7. Personalidad Límite

Las personas con una personalidad límite, la mayor parte de las cuales son mujeres, son inestables en la percepción de su propia imagen, en su

humor, en su comportamiento y en sus relaciones interpersonales (que a menudo son tormentosas e intensas). La personalidad límite se hace evidente al principio de la edad adulta pero la prevalencia disminuye con la edad. Estas personas han sido a menudo privadas de los cuidados necesarios durante la niñez. Consecuentemente se sienten vacías, furiosas y merecedoras de cuidados.

Cuando las personas con una personalidad límite se sienten cuidadas, se muestran solitarias y desvalidas, frecuentemente necesitando ayuda por su depresión, el abuso de sustancias tóxicas, las alteraciones del apetito y el maltrato recibido en el pasado. Sin embargo, cuando temen el abandono de la persona que las cuida, su humor cambia radicalmente. Con frecuencia muestran una cólera inapropiada e intensa, acompañada por cambios extremos en su visión del mundo, de sí mismas y de otras (cambiando del negro al blanco, del amor al odio o viceversa pero nunca a una posición neutra). Si se sienten abandonadas y solas pueden llegar a preguntarse si realmente existen (esto es, no se sienten reales). Pueden devenir desesperadamente impulsivas, implicándose en una promiscuidad o en un abuso de sustancias tóxicas. A veces pierden de tal modo el contacto con la realidad que tienen episodios breves de pensamiento psicótico, paranoia y alucinaciones.

Estas personas son vistas a menudo por los médicos de atención primaria; tienden a visitar con frecuencia al médico por crisis repetidas o quejas difusas pero no cumplen con las recomendaciones del tratamiento. Este trastorno es también el más frecuentemente tratado por los psiquiatras, porque las personas que lo presentan buscan incesantemente a alguien que cuide de ellas.

2.10.8. Personalidad Evitadora

La gente con una personalidad evitadora es hipersensible al rechazo y teme comenzar relaciones o alguna otra cosa nueva por la posibilidad de rechazo o de decepción. Estas personas tienen un fuerte deseo de recibir afecto y de ser aceptadas. Sufren abiertamente por su aislamiento y falta de habilidad para relacionarse cómodamente con los otros. A diferencia de aquellas con una personalidad límite, las personas con una personalidad evitadora no responden con cólera al rechazo; en vez de eso, se presentan tímidas y retraídas. El trastorno de personalidad evitadora es similar a la fobia social.

2.10.9. Personalidad Dependiente

Las personas con una personalidad dependiente transfieren las decisiones importantes y las responsabilidades a otros y permiten que las necesidades de aquellos de quienes dependen se antepongan a las propias. No tienen confianza en sí mismas y manifiestan una intensa inseguridad. A menudo se quejan de que no pueden tomar decisiones y de que no saben qué hacer o cómo hacerlo. Son reacias a expresar opiniones, aunque las tengan, porque temen ofender a la gente que necesitan. Las personas con otros trastornos de personalidad frecuentemente presentan aspectos de la personalidad dependiente, pero estos signos quedan generalmente encubiertos por la predominancia del otro trastorno. Algunos adultos con enfermedades prolongadas desarrollan personalidades dependientes.

2.10.10. Personalidad Obsesivo-Compulsiva

Las personas con personalidad obsesivo-compulsiva son formales, fiables, ordenadas y metódicas pero a menudo no pueden adaptarse a los

cambios. Son cautos y analizan todos los aspectos de un problema, lo que dificulta la toma de decisiones. Aunque estos signos están en consonancia con los estándares culturales de occidente, los individuos con una personalidad obsesivo-compulsiva toman sus responsabilidades con tanta seriedad que no toleran los errores y prestan tanta atención a los detalles que no pueden llegar a completar sus tareas. Consecuentemente, estas personas pueden entretenerse en los medios para realizar una tarea y olvidar su objetivo. Sus responsabilidades les crean ansiedad y raramente encuentran satisfacción con sus logros.

Estas personas son frecuentemente grandes personalidades, en especial en las ciencias y otros campos intelectuales en donde el orden y la atención a los detalles son fundamentales. Sin embargo, pueden sentirse desligadas de sus sentimientos e incómodas con sus relaciones u otras situaciones que no controlan, con eventos impredecibles o cuando deben confiar en otros.

2.10.11. Personalidad Pasiva-Agresiva

Los comportamientos de una persona con una personalidad pasiva-agresiva (negativista) tienen como objetivo encubierto controlar o castigar a otros. El comportamiento pasivo-agresivo es con frecuencia expresado como demora, ineficiencia y malhumor. A menudo, los individuos con una personalidad pasiva-agresiva aceptan realizar tareas que en realidad no desean hacer y luego proceden a minar sutilmente la finalización de esas tareas. Ese comportamiento generalmente sirve para expresar una hostilidad oculta.

2.11. Control Del Suicidio

-Controles externos:

Son aquellos por medio de los cuales la sociedad influye en el individuo para que acepte su situación y continúe viviendo. Ej.: tabúes, religión, mitos, costumbres, familia, hijos, la comprensión, el apoyo, interés y preocupación.

-Controles internos:

Pueden ser los ideales, las normas, la conciencia, la moralidad y los sentimientos de responsabilidad de la persona. Además la estructura de su personalidad puede ser tal que dé a la persona flexibilidad, adaptabilidad, independencia y sentimientos de autoestima que le permitan soportar. Por el contrario, una persona puede ser más vulnerable a causa de su personalidad rígida, excesiva dependencia concepto pobre de sí mismos.

2.12. Valoración Del Riesgo Suicida

Cuando el personal de atención primaria de salud sospecha que el comportamiento suicida es una posibilidad, deben evaluarse los siguientes factores: ⁽⁴²⁾

- Estado mental actual y pensamientos actuales sobre la muerte y el suicidio;

⁴² Morcillo Moreno, Saiz Martínez, Bousoño García, Barcia Salorio. (2000). El Intento Suicida. Tratado de Psiquiatría. Editorial Arán. 801-819.

- Plan suicida actual – qué tan preparada está la persona y qué tan pronto lo realizará; La mejor forma de averiguar si las personas tienen pensamientos suicidas es preguntándoselos.
- Contrario a la creencia popular, hablar del suicidio no siembra la idea en sus mentes. De hecho, se muestran muy agradecidas y libres de poder hablar abiertamente acerca de los problemas y las preguntas con las que están luchando.

¿Cómo preguntar?.- No es fácil preguntarle a una persona acerca de sus ideas suicidas. Es útil adentrarse en el tema gradualmente. Algunas preguntas útiles son: ¿Se siente triste?-Siente que nadie se preocupa por Usted? ¿Siente que la vida no tiene sentido? ¿Tiene tendencia a cometer suicidio?

¿Cuándo preguntar? Cuando la persona se siente comprendida; Cuando la persona se siente cómoda hablando acerca de sus sentimientos; Cuando la persona habla acerca de sentimientos negativos de soledad, impotencia.

¿Qué preguntar? Para indagar si la persona tiene un plan definitivo para cometer suicidio: ¿Ha hecho planes para terminar con su vida? ¿Tiene idea de cómo va a hacerlo? Para indagar si la persona cuenta con los medios (método): ¿Tiene píldoras, revólver, insecticida, u otros medios? ¿Están a su entera disposición?

Para indagar si la persona se ha fijado un plazo: ¿Ha decidido cuándo planea terminar con su vida? ¿Cuándo planea hacerlo?

2.13. Manejo del Paciente Suicida

Si un paciente está perturbado emocionalmente, con pensamientos suicidas vagos, la oportunidad de ventilar sus pensamientos y sentimientos ante un médico que demuestre interés, puede ser suficiente.

No obstante, la oportunidad de un seguimiento posterior debe dejarse abierta para realizarlo cada 6 meses, especialmente si el paciente tiene un inadecuado apoyo social. ⁽⁴³⁾

Los tres estados más comunes son:

- -Ambivalencia. La mayoría de los pacientes son ambivalentes hasta el puro final. Ésta es una batalla de vaivén entre el deseo de vivir y el de morir. ⁽¹⁵⁾
- -Impulsividad. El suicidio es un fenómeno impulsivo y el impulso por su misma naturaleza es transitorio. Si se proporciona apoyo al momento del impulso, la crisis puede disolverse. ⁽¹⁵⁾
- -Rigidez. Las personas suicidas son rígidas en su pensamiento, su humor y su actuar y sus razonamientos sufren dicotomía en términos de uno u otro. Al explorar varias posibles alternativas para tratar con el paciente suicida, el médico gentilmente hace que el paciente tome conciencia de que existen otras opciones, así no sean ideales.

Síntesis del Manejo en Intento Autolítico

⁴³ Beck AT, Kovacs M, Weissman A. (1979). Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. J Consult Clin Psychol; 47: 343-352.

Riesgo de SUICIDIO	Síntomas	Evaluación	Acción
0	No hay peligro	-	-
1	Perturbado emocionalmente	Indagar sobre pensamientos suicidas	Escuchar con empatía
2	Vagas ideas de muerte	Indagar sobre pensamientos suicidas	Escuchar con empatía
3	Vagos pensamientos de suicidio	Valorar el intento (plan y método)	Explorar posibilidades Identificar apoyo
4	Ideas suicidas, pero sin trastorno psiquiátrico	Valorar el intento (plan y método)	Explorar posibilidades Identificar apoyo
5	Ideas suicidas, y trastorno psiquiátrico <ul style="list-style-type: none"> • severos acontecimientos estresantes 	Valorar el intento (plan y método) Hacer un contrato	Remitir al psiquiatra
6	Ideas suicidas, y trastorno psiquiátrico <ul style="list-style-type: none"> • severos acontecimientos estresantes • agitación e intento previo	Permanecer con el paciente (para prevenir su acceso a los medios)	Hospitalizar

Fuente: Beck AT, Kovacs M, Weissman A. (1979). Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. J Consult Clin Psychol; 47: 343-352.

2.14. Técnicas de Comunicación con el Paciente de Intento Autolítico.

Todos conocemos y podríamos citar en teoría cuales son los principios básicos para lograr una correcta comunicación, pero, tal vez por sonar a perogrullo, frecuentemente nos olvidamos de ellos. Algunas de las estrategias que podemos emplear son tan sencillas como las siguientes:

2.14.1. La Escucha Activa

Uno de los principios más importantes y difíciles de todo el proceso comunicativo es el **saber escuchar**. La falta de comunicación que se sufre hoy día se debe en gran parte a que no se sabe escuchar a los demás. Se está más tiempo pendiente de las propias emisiones, y en esta necesidad propia de comunicar se pierde la esencia de la comunicación, es decir, poner en común, compartir con los demás. Existe la creencia errónea de que se escucha de forma automática, pero no es así. Escuchar requiere un esfuerzo superior al que se hace al hablar y también del que se ejerce al escuchar sin interpretar lo que se oye. Pero, ¿qué es realmente la escucha activa?

La escucha activa significa escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla.

¿Cuál es la diferencia entre el oír y el escuchar?. Existen grandes diferencias. El oír es simplemente percibir vibraciones de sonido. Mientras que escuchar es entender, comprender o dar sentido a lo que se oye. La escucha efectiva tiene que ser necesariamente activa por encima de lo pasivo. La escucha activa se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está

diciendo. Para llegar a entender a alguien se precisa asimismo cierta empatía, es decir, saber ponerse en el lugar de la otra persona.

2.14.2. Elementos que facilitan La Escucha Activa:

- Disposición psicológica: prepararse interiormente para escuchar. Observar al otro: identificar el contenido de lo que dice, los objetivos y los sentimientos.
- Expresar al otro que le escuchas con comunicación verbal (ya veo, umm, uh, etc.) y no verbal (contacto visual, gestos, inclinación del cuerpo, etc.).

2.14.3. Elementos A Evitar En La Escucha Activa:

- No distraernos, porque distraerse es fácil en determinados momentos. La curva de la atención se inicia en un punto muy alto, disminuye a medida que el mensaje continúa y vuelve a ascender hacia el final del mensaje, Hay que tratar de combatir esta tendencia haciendo un esfuerzo especial hacia la mitad del mensaje con objeto de que nuestra atención no decaiga.
- No interrumpir al que habla.
- No juzgar.
- No ofrecer ayuda o soluciones prematuras.
- No rechazar lo que el otro esté sintiendo, por ejemplo: "no te preocupes, eso no es nada".
- No contar "tu historia" cuando el otro necesita hablarte.

- No contraargumentar. Por ejemplo: el otro dice "me siento mal" y tú respondes "y yo también".
- Evitar el "síndrome del experto": ya tienes las respuestas al problema de la otra persona, antes incluso de que te haya contado la mitad.

2.14.4. Habilidades para la escucha activa:

- **Mostrar empatía:** Escuchar activamente las emociones de los demás es tratar de "meternos en su pellejo" y entender sus motivos. Es escuchar sus sentimientos y hacerle saber que "nos hacemos cargo", intentar entender lo que siente esa persona. No se trata de mostrar alegría, si siquiera de ser simpáticos. Simplemente, que somos capaces de ponernos en su lugar. Sin embargo, no significa aceptar ni estar de acuerdo con la posición del otro. Para demostrar esa actitud, usaremos frases como: "entiendo lo que sientes", "noto que...".
- **Parafrasear.** Este concepto significa verificar o decir con las propias palabras lo que parece que el emisor acaba de decir. Es muy importante en el proceso de escucha ya que ayuda a comprender lo que el otro está diciendo y permite verificar si realmente se está entendiendo y no malinterpretando lo que se dice. Un ejemplo de parafrasear puede ser: "Entonces, según veo, lo que pasaba era que...", "¿Quieres decir que te sentiste...?".
- **Emitir palabras de refuerzo o cumplidos.** Pueden definirse como verbalizaciones que suponen un halago para la otra persona o refuerzan su discurso al transmitir que uno aprueba, está de acuerdo o comprende lo que se acaba de decir. Algunos ejemplos serían: "Esto es muy divertido"; "Me encanta hablar contigo" o "Debes ser muy bueno jugando al tenis". Otro tipo de frases menos

directas sirven también para transmitir el interés por la conversación: "Bien", "umm" o "¡Estupendo!".

- **Resumir:** Mediante esta habilidad informamos a la otra persona de nuestro grado de comprensión o de la necesidad de mayor aclaración. Expresiones de resumen serían:
 - "Si no te he entendido mal..."
 - "O sea, que lo que me estás diciendo es..."
 - "A ver si te he entendido bien...."

Expresiones de aclaración serían:

- "¿Es correcto?"
- "¿Estoy en lo cierto?"

2.14.5. Algunos Aspectos Que Mejoran La Comunicación:

- **Al criticar a otra persona, hablar de lo que hace, no de lo que es.** Las etiquetas no ayudan a que la persona cambie, sino que refuerzan sus defensas. Hablar de lo que es una persona sería: "te has vuelto a olvidar de sacar la basura. Eres un desastre"; mientras que hablar de lo que hace sería: "te has vuelto a olvidar de sacar la basura. Últimamente te olvidas mucho de las cosas".
- **Discutir los temas de uno en uno**, no "aprovechar" que se está discutiendo, por ejemplo sobre la impuntualidad de la pareja, para reprocharle de paso que es un despistado, un olvidadizo y que no es cariñoso.
- **No ir acumulando emociones negativas sin comunicarlas**, ya que producirían un estallido que conduciría a una hostilidad destructiva.

- **No hablar del pasado.** Rememorar antiguas ventajas, o sacar a relucir los “trapos sucios” del pasado, no sólo no aporta nada provechoso, sino que despierta malos sentimientos. El pasado sólo debe sacarse a colación constructivamente, para utilizarlo de modelo cuando ha sido bueno e intentamos volver a poner en marcha conductas positivas quizá algo olvidadas. Pero es evidente que el pasado no puede cambiarse; por tanto hay que dirigir las energías al presente y al futuro.
- **Ser específico.** Ser específico, concreto, preciso, es una de las normas principales de la comunicación. Tras una comunicación específica, hay cambios; es una forma concreta de avanzar. Cuando se es inespecífico, rara vez se moviliza nada. Si por ejemplo, nos sentimos solos/as y deseamos más tiempo para estar con nuestra pareja, no le diga únicamente algo así: “No me haces caso”, “Me siento solo/a”, “Siempre estás ocupado/a”. Aunque tal formulación exprese un sentimiento, si no hacemos una propuesta específica, probablemente las cosas no cambiarán. Sería apropiado añadir algo más. Por ejemplo: “¿Qué te parece si ambos nos comprometemos a dejar todo lo que tenemos entre manos a las 9 de la noche, y así podremos cenar juntos y charlar?”.
- **Evitar las generalizaciones.** Los términos "siempre" y "nunca" raras veces son ciertos y tienden a formar etiquetas. Es diferente decir: "últimamente te veo algo ausente" que "siempre estás en las nubes". Para ser justos y honestos, para llegar a acuerdos, para producir cambios, resultan más efectivas expresiones del tipo: “La mayoría de veces”, “En ocasiones”, “Algunas veces”, “Frecuentemente”. Son formas de expresión que permiten al otro sentirse correctamente valorado.
- **Ser breve.** Repetir varias veces lo mismo con distintas palabras, o alargar excesivamente el planteamiento, no es agradable para quién escucha. Produce la sensación de ser tratado como alguien de pocas luces o como un niño. En todo caso, corre el peligro de

que le rehúyan por pesado cuando empiece a hablar. Hay que recordar que: “Lo bueno, si breve, dos veces bueno”.

- **Cuidar la comunicación no verbal.** Para ello, tendremos en cuenta lo siguiente:
 - La comunicación no verbal debe de ir acorde con la verbal . Decir " ya sabes que te quiero" con cara de fastidio dejará a la otra persona peor que si no se hubiera dicho nada.
 - Contacto visual. Es el porcentaje de tiempo que se está mirando a los ojos de la otra persona. El contacto visual debe ser frecuente, pero no exagerado.
 - Afecto. Es el tono emocional adecuado para la situación en la que se está interactuando. Se basa en índices como el tono de voz, la expresión facial y el volumen de voz (ni muy alto ni muy bajo).
- **Elegir el lugar y el momento adecuados.** En ocasiones, un buen estilo comunicativo, un modelo coherente o un contenido adecuado pueden irse al traste si no hemos elegido el momento adecuado para transmitirlo o entablar una relación. Es importante cuidar algunos aspectos que se refieren al momento en el que se quiere establecer la comunicación:
 - El ambiente: el lugar, el ruido que exista, el nivel de intimidad...
 - Si vamos a criticar o pedir explicaciones debemos esperar a estar a solas con nuestro interlocutor.
 - Si vamos a elogiarlo, será bueno que esté con su grupo u otras personas significativas.
 - Si ha comenzado una discusión y vemos que se nos escapa de las manos o que no es el momento apropiado utilizaremos frases como: “si no te importa podemos seguir discutiendo esto en... más tarde”.

2.15. Psicoterapia.

Los niños y adolescentes suicidas informan de tener sentimientos intensos y dolorosos, depresión e inutilidad; ira, ansiedad y una incapacidad desesperanzadora para cambiar o encontrar solución a circunstancias frustrantes. Pueden responder impulsivamente a su sensación de desesperación con un intento de suicidio.

El objetivo de las técnicas psicoterapéuticas es disminuir tales sentimientos y pensamientos intolerables y reorientar las perspectivas cognitivas y emocionales del niño o adolescente suicida. El clínico debe estar disponible al paciente y su familia, ser diestro en el manejo de crisis y relacionarse con el paciente de forma honesta y consistente; comprender las actitudes del paciente suicida y sus problemas vitales, transmitiendo un sentido de optimismo y actividad.

2.15.1. Psicoterapia cognitivo-conductual

Los niños y adolescentes suicidas a menudo experimentan cogniciones negativas sobre sí mismos, su entorno y su futuro. Es un tipo de intervención efectiva para los síntomas depresivos.

Se cree que los individuos suicidas tienen dificultades para comunicar y negociar sus necesidades y deseos y frecuentemente se refugian en estrategias de afrontamientos pasivas y evitativas, un modelo basado en métodos más directivos y asertivos de comunicación incrementará la capacidad del adolescente para conceptualizar soluciones alternativas a los problemas. Se pueden explorar las preocupaciones sobre la autonomía y la confianza, las distorsiones cognitivas, cogniciones, atribuciones y conceptos negativos de sí mismo.

2.15.2. Psicoterapia interpersonal .

El comportamiento suicida en niños y adolescentes se asocia frecuentemente a los conflictos interpersonales y el tratamiento de estos puede reducir el riesgo suicida.

La psicoterapia interpersonal (TIP) es una terapia limitada en el tiempo que dirige los problemas interpersonales, que son categorizados en: pérdidas, disputas interpersonales, transiciones de roles y déficits interpersonales. Es un tratamiento adecuado para suicidas deprimidos con problemas interpersonales. Se focaliza en el estilo y efectividad de las relaciones interpersonales actuales y en el contexto social inmediato.

La fase inicial conlleva una evaluación de los síntomas, diagnóstico y una historia de relaciones interpersonales. El terapeuta educa al paciente sobre los síntomas de depresión y ubica los síntomas dentro de un marco de dificultad interpersonal, como las reacciones ante las pérdidas, disputas interpersonales y transición de roles. En la fase intermedia se abordan los problemas propios del paciente apoyando los esfuerzos para disminuir el pesimismo del paciente y los esfuerzos por alcanzar nuevas soluciones a los dilemas; se enfatizan opciones para el cambio. En la fase final apoya la independencia del paciente nuevamente adquirida y reconocida para controlar las preocupaciones interpersonales. El objetivo es asistir al paciente para reconocer y disminuir los efectos de futuros síntomas depresivos.

2.15.3. Psicoterapia dialéctico-comportamental .

Es la única terapia que ha demostrado ser efectiva en la reducción de suicidio en adultos con trastorno límite de la personalidad.

Está basado en una teoría biosocial en la que los comportamientos suicidas son considerados como soluciones de mala adaptación a las

emociones negativas dolorosas pero también tienen cualidades reguladoras de afecto y obtienen ayuda de otros. El tratamiento conlleva el desarrollo de estrategias orientadas a los problemas para aumentar la tolerancia al sufrimiento, la regulación de emociones, la efectividad interpersonal y el uso de los inputs racionales y emocionales para realizar decisiones más equilibradas.

El terapeuta conduce un análisis del comportamiento de cada problema con el objetivo de entender su función y las situaciones que lo provocaron, identificando soluciones constructivas y evitando problemas.

2.15.4. Psicoterapia psicodinámica

Su objetivo es resolver conflictos internos relacionados con experiencias tempranas de rechazo, disciplina severa y abuso. A su vez trata de mejorar la autoestima permitiendo a los niños o adolescentes suicidas tengan más confianza en sí mismos, y ser menos inhibidos por la creencia de que son responsables de crear sus circunstancias problemáticas. No está demostrada su eficacia.

2.15.5. Psicoterapia familiar

La intervención familiar puede disminuir la discordia familiar, la pobre comunicación y el sentirse integrado en el seno familiar, mejorar la efectividad de la resolución de problemas y conflictos familiares, así como los sentimientos de culpabilidad del niño o el adolescente suicida. La terapia cognitiva basada en la familia intenta reencuadrar el conocimiento de la familia acerca de sus problemas, modificar los patrones de funcionamiento desadaptativos y alentar a las relaciones familiares positivas.

2.15.6. Psicodrama

Dicho en nuestros términos, el psicodrama es una forma de psicoterapia (o recurso psicoterapéutico) consistente en la representación (dramatización) por parte del paciente de acontecimientos pasados o futuros, reales o imaginarios, externos o internos, experimentándolos al máximo, como si estuvieran sucediendo en el presente. En estas representaciones se utilizan diversas técnicas dramáticas, guiadas por ciertos principios y reglas, y destinadas, según lo requerido por el proceso, a uno o más de los siguientes objetivos principales:

1. Darse cuenta de los propios pensamientos, sentimientos, motivaciones, conductas y relaciones.
2. Mejorar la comprensión de las situaciones, de los puntos de vista de otras personas y de nuestra imagen o acción sobre ellas.
3. Investigar y descubrir la posibilidad y la propia capacidad de nuevas y más funcionales opciones de conducta (nuevas respuestas).
4. Ensayar, aprender o prepararse para actuar las conductas o respuestas que se encontraron más convenientes.

Cabe señalar también que el psicodrama puede emplearse, no sólo como fuera concebido originalmente, en terapias de grupo, sino también en terapias individuales y en terapias de pareja.

Una suma de reglas y principios, unidos a conceptos tales como: la espontaneidad, la acción corporal, el encuentro, la catarsis dramática, el "telé" y la teoría de los roles, orientan y sustentan un conjunto de técnicas y recursos, tales como: la inversión de roles, el soliloquio, el doblaje o la proyección de futuro, muchos de las cuales han sido frecuentemente adoptados por muy diversas corrientes psicoterapéuticas y educativas con resultados satisfactorios (Blatner, 1996).

2.16. Crisis e Intervención

Una crisis, puede ser comprendida como una combinación de situaciones de cambio, a veces de riesgo, en la vida de una persona, mismas que la tornan más vulnerable, pero a la vez representan una oportunidad para el desarrollo mismo de la persona.

Las situaciones de crisis colocan a las personas ante realidades que difieren de lo anteriormente conocido. Es decir, que la nueva realidad entra en contradicción, y por tanto en conflicto, con lo establecido en la psique. Este conflicto dificulta integrar lo que en ese momento se vive con sus respectivos sentimientos y percepciones de la situación. Esta falta de integración provoca sufrimiento e inadaptación, manifestados en dolor, tristeza, angustia, desesperación, culpa y hasta la pérdida del sentido de vida. Sin embargo esto mismo es un recurso temporal para salvaguardar la integridad psicológica del paciente. En otras palabras, dicha inadaptación transitoria es lo mejor que en ese momento y bajo dichas circunstancias la persona puede hacer para sobrevivir.

Durante una crisis también aparece un sentimiento de indefensión, donde los recursos del paciente parecen no ser suficientes, temporalmente, para superarla.

Esta percepción de insuficiencia surge de determinadas condiciones poco favorables a consecuencia del trauma que toda crisis provoca. Estas condiciones provienen de la intensa regresión desatada por el evento y son:

1. Desorganización generalizada del Yo y rigidización de sus funciones por el impacto del evento.
2. Angustia temporal de muerte o desintegración.
3. Escisión y negación como mecanismos de defensa predominantes.
4. Dificultad para simbolizar la experiencia vivida.

Por otro lado, este mismo estado regresivo permite que el paciente sea más receptivo a la ayuda externa adecuada.

En este sentido, la labor del terapeuta es fungir como un Yo auxiliar temporal, estructurado, flexible y funcional, que permita al paciente ir integrando la experiencia de la crisis a la par que se van restaurando sus propias capacidades psíquicas y reorganizando su Yo.

En la medida en la que el terapeuta pueda funcionar como contenedor de la angustia y el dolor del paciente, éste podrá ir entrando más en contacto con los afectos y representaciones angustiantes derivados de la crisis, para ir asimilándolos de forma funcional y adaptativa. En otras palabras, uno de los objetivos de la intervención en crisis es crear las condiciones necesarias para que en el paciente predomine la pulsión de vida, Eros, sobre la pulsión de muerte, Tánatos. ***(Eros no se contrapone a Tánato; Eros busca la trascendencia a partir del movimiento y el cambio; Tánatos la supervivencia, a partir de la estabilidad. Libido y agresión se entremezclan perpetuamente para dar vida a las pulsiones del hombre).***

La intervención en crisis es un proceso intensivo, de tiempo limitado y enfocado en pocos elementos que son de mayor urgencia en ese momento. En ella, como en todo proceso terapéutico, se debe crear un encuadre que permita la confianza y con ella la aceptación de la persona y su forma particular de reaccionar, la expresión de sus sentimientos, la integración de los elementos amenazantes de la crisis, la búsqueda conjunta de soluciones alternativas y la valoración de la dignidad y el respeto del paciente en crisis.

2.17. Terapia de la Crisis Suicida Según Shneidman¹

- **Actividad:** En las crisis suicidas el terapeuta debe ser activo para que el paciente sienta que algo está sucediendo, con el objetivo de restablecer en el paciente el sentimiento de que él es importante y que el terapeuta está haciendo todo lo posible por ayudarlo en su difícil situación. Necesita que se le resalte la significación de su vida y se le reafirme su autoestima. Hay que evaluar las fuerzas del paciente y el entorno, y determinar si factores específicos obstaculizan la puesta en práctica de habilidades de afrontamiento ya existentes.
- **Autoridad:** El terapeuta debe asumir la autoridad, cuidar y dirigir temporalmente al paciente, dado que la crisis suicida lo hace necesario. El sujeto en esta situación se siente incapaz de encontrar alguna solución y sus pensamientos son ambivalentes. Es importante para el paciente sentir que esa figura autorizada entiende exactamente que le ha sucedido y la angustia que tiene, en virtud de su competencia profesional.

Si el paciente es extremadamente suicida y tiene lo que *Shneidman* llamaría alta letalidad, se tiene que abandonar la neutralidad terapéutica. Es necesario dar apoyo, tranquilizar al paciente, hacerle que se dé cuenta de que existen otras opciones disponibles, y asegurarle que uno está listo para ayudarlo.

Implicación de los otros: Complementa los 2 anteriores, pues el suicida se vivencia como un ser abandonado, desamparado y rechazado. Otras personas, y en especial aquellos significativos en la situación, han de ayudar a reconstruir en el paciente los sentimientos de autoestimación y autoconfianza, así como a restablecer los lazos entre el sí mismo del sujeto y los otros, lazos que él experimenta que han sido quebrados o bloqueados. En la interacción con los otros está la clave de la conducta suicida. Se le debe informar de la situación a los miembros de la familia.

Estos principios marcan un cambio en el papel habitual de los terapeutas tanto en comportamiento como en actitud hacia el paciente, pues este trabaja ante la crisis suicida con poco tiempo y con un mínimo de información. Necesita entonces utilizar toda su seguridad y habilidad comunicativa para lograr el objetivo terapéutico. Muchos autores afirman que la parte más difícil de esto es lograr que los terapeutas adquieran las destrezas necesarias para asumir este particular rol de ayuda en situación de emergencias, pues no basta el conocimiento, se requiere además inteligencia emocional. ^(44,45)

Nosotros asumimos una terapia directiva en lo esencial a la que pretende enseñar un modelo cognitivo y conductual, aportando un punto de referencia racional y científico para que el paciente pueda interpretar su propio comportamiento; identificar, evaluar, modificar sus cogniciones y afectos negativos, aprender habilidades sociales y conductas protectoras, y generar un estilo de afrontamiento que incremente la inmunidad general a adquirir trastornos psicológicos que desemboquen en procesos autodestructivos.

Existen pasos a seguir en el tratamiento del paciente suicida, y estos se aplican, tanto en la ayuda que se brinda ante una llamada telefónica que anuncia la intención suicida, como con el paciente que vemos cara a cara. Tienen la intención de ayudar a la persona a tratar con los problemas emocionales y sociales que le llevaron al acto: ⁽⁴⁶⁾

⁴⁴ Walter M, Kermarrec I. Suicidal ideation or behavior and their emergency management. *Rev Prat* 1999; 49(15):685-90.

⁴⁵ Goleman D. La inteligencia emocional. Bogotá: Javier Vergara; 1996:159-330.

⁴⁶ Farberow NL. Crisis, disaster and suicide: theory and therapy. En: Shneidman E. ed. *Essays in self destruction*. New York: Science House;1967.

1. **Establecimiento de una relación mantenida y obtención de la información:** El terapeuta ha de brindar esperanza y ayuda, aceptando al paciente y sus problemas. Él debe informarle al paciente que valora sus acciones como una llamada de socorro, dejándole una posibilidad de comunicación en caso de necesitar ayuda urgente.

2. **Identificación del problema central y contrato terapéutico:** El terapeuta selecciona el problema que le parezca central y se lo formula al paciente, lo cual le proporciona a este un propósito y una dirección. El terapeuta, como todo un experto objetivo, debe sugerir un número de alternativas de conductas a seguir, y todas deben suponer posponer el acto y no aliarse con la idea de muerte.

3. **Evaluación de la potencialidad suicida:** El principal propósito del terapeuta es mantener al paciente vivo, por lo que debe ser hábil al evaluar la probabilidad de ocurrencia del intento. Para facilitar esta evaluación se deben tener en cuenta los parámetros siguientes: la edad y el sexo, la existencia de plan suicida, la existencia de elementos estresantes precipitantes del suicidio que pueden ser inter o intrapersonales, en existencia de síntomas en fase aguda, la existencia y calidad en la percepción de los sistemas de apoyo social, las características del funcionamiento de la personalidad (valorar impulsividad), la comunicación con los otros, y las reacciones de los otros significativos (díada, familiares y recursos de la comunidad), la relación médico-paciente (empatía), las reacciones de la díada del suicida, así como conocer si ha habido intento suicida anterior.

4. **Valoración y movilización de los recursos externos:** Lograr que el paciente se enfrente enteramente a la situación de emergencia en que se encuentre, y movilice todos los recursos de que dispone en el ámbito

social, laboral y familiar. Acordar con él cuál sería su hospital de conveniencia, si apareciera la necesidad de un ingreso.

5. **Formulación e iniciación de planes terapéuticos**: El terapeuta debe permanecer activo en la situación hasta que el paciente abandone el plan o idea suicida, o indique que no está necesitando ayuda. Para ser efectivo ha de entrar pronto en la situación problemática, proveer al paciente de seguridad ilimitada, gratificar su dependencia temporalmente y apoyarse en otros colegas para ir rectificando su estrategia. Es importante también mantener una actitud de cooperación con la familia del suicida.

2.17.1. Factores Específicos de Manejo del Terapeuta con Paciente Suicida.

El desarrollo de estos pasos para el tratamiento terapéutico del paciente con conducta suicida exige que el terapeuta o personal especializado domine un conjunto de factores específicos para el manejo de estas personas. Estos factores son:

1. Evaluar suicidalidad y desesperanza en la sesión inicial.

En contra de lo que se cree en general el interrogatorio directo al paciente suicida sobre sus pensamientos y planes autodestructivos, normalmente no da como resultado que este adopte decisiones suicidas, más bien, las personas que acuden al médico pensando en matarse lo que desean es que se les recate de la situación y se les detenga en su deseo de autodestrucción.

La mayoría de las personas experimentan alivio cuando el médico, psicólogo o psiquiatra los interroga sobre esos sentimientos buscando saber sobre la planificación del acto, las precauciones para evitar ser descubierto, el intento de búsqueda de ayuda antes y después del acto y el método empleado. Es sumamente importante, cuando se trabaja con

pacientes en riesgo suicida, que se evalúen, en la sesión inicial, la desesperanza y la ideación e intento de suicidio, y que se determine el grado de riesgo. La propia autoevaluación de su capacidad de solucionar sus problemas predice la desesperanza o se puede preguntar si tiene esperanza con respecto al futuro. Para lograr esto también recomendamos utilizar la prueba de Desesperanza.

2. Factor o situación precipitante.

Generalmente las personas en riesgo o con conductas suicidas tienen un tipo de afrontamiento a los problemas y situaciones tensionantes de su vida que los autores nombran autorreferentes o ineficaces, caracterizado por la preocupación por la propia realización (en especial comparándose con otros), dan vueltas constantemente a pensamientos relacionados con el problema sin buscar posibles conductas para afrontarlos, la consideración reiterativa sobre posibles consecuencias de una conducta inadecuada en una determinada tarea o situación (desaprobación social, pérdida de estatus, etc.), y la presencia de pensamientos y sentimientos referidos a la propia inutilidad que conforman el prisma con que el sujeto refleja su realidad psicosocial.⁽⁴⁷⁾

En las personas con ideas suicidas la expresión del deseo de morir en la mayoría de los casos es un deseo inconsciente de dormir sin preocupaciones, como lo ha señalado *Lewin*.⁵ Sin embargo, cuando tales deseos inconscientes van acompañados de una gran cantidad de hostilidad en personas con poca fuerza de su personalidad y estereotipos rígidos, el terapeuta tiene mucho por lo cual preocuparse con relación a la

⁴⁷ Meichenbaum D, Henshaw D, Himel N. Coping with stress as a problem-solving process. En: Krohne W, Laux L, eds. Achievement, stress and anxiety. Washington DC: Hemisphere Press; 1982. p. 5-11.

conducta futura del sujeto, y es vital la comprensión de la dinámica específica de la razón suicida base del impulso autodestructivo.

Con frecuencia, el riesgo de suicidio se relaciona con la depresión. Sin embargo, conocemos que la mayoría de los intentos de suicidio se cometen cuando existe angustia, en especial, desespero después de desesperanza mantenida. Se ha propuesto emplear el modelo teórico de *Beck* de la depresión⁶ para las intervenciones cognitivas a los pacientes suicidas, pues estos hacen autoevaluaciones extremadamente negativas sobre su entorno vital, sobre sí mismo y sobre el futuro, interpretando los sucesos como un reflejo de derrota, de privación o de denigración, y considerando que sus vidas están llenas de obstáculos y trampas. Como es lógico, esto permite que cualquier suceso de la vida del sujeto pueda ser percibido como muy amenazante, y que sus exigencias para afrontarlo, sobrepasen la autopercepción de las capacidades disponibles para transformar o adaptarse eficazmente a su entorno.

3. Contenido, precisión y primitivismo de las fantasías y planes.

Si existe cualquier razón para sospechar de nociones o fantasías suicidas, es esencial que el terapeuta insista en que el paciente las exprese, con los detalles tan concretos como sea posible. La afirmación explícita de todas las nociones suicidas puede tener un efecto catártico y facilitar la prueba de realidad, tanto por parte del paciente, como del terapeuta. Cualesquiera nociones irreales acerca de la muerte se deben aclarar; por ejemplo, la fantasía de que uno realmente verá a los otros arrepentirse y despertará del sueño posteriormente. Ya sea a partir de fantasías conscientes o de cualquier otro material escrito o dicho por el paciente (notas, expresiones, cartas, etc), el terapeuta puede descubrir en contra de quién se intenta inconscientemente la agresión.

Entre más primitivas sean las fantasías, es mayor el riesgo de suicidio. Como siempre, los factores culturales se tienen que tomar en cuenta, pero en general, el relativo primitivismo de las fantasías se relaciona con

el pobre desarrollo de la estructura de la personalidad y los problemas de control de impulsos.

Las propias personas con conducta suicida también pueden ser portadoras de mitos sobre el suicidio, por lo que se debe trabajar sobre estos, pues su presencia, en unión de otras variables, dificultan la adopción por el paciente de un comportamiento más activo ante las realidades de su existencia, empobreciéndose su visión de las circunstancias y su autoestima, por lo que se vuelve más vulnerable a dirigir hacia sí mismo los impulsos agresivos generados por sus frustraciones cotidianas.

4. Intentos y planes previos.

El criterio más importante para la posibilidad de un suicidio es un serio intento previo. *Shneidman y Farberow* ⁽⁴⁸⁾ han destacado que las más exitosas víctimas de suicidio previamente lo han intentado o amenazado con ello. Los intentos serios son aquellos en los que el paciente ha tenido una alta probabilidad de morir, y fue descubierto por una coincidencia imprevisible o se las arregló para sobrevivir a una situación verdaderamente mortífera. Estos casos se distinguen de alguien que se toma algunas pastillas, o se corta las venas en forma superficial, aunque ambos juegan con la muerte como solución, y este debe ser un punto de cambio en la terapia. Tales intentos en general tienen más la naturaleza de una afirmación, sin embargo no se les puede ignorar. En general, como ya se mencionó, entre más preciso sea el plan de suicidio de alguien, es decir, al dejar instrucciones detalladas acerca de su última voluntad, al tener un escenario específico en términos de método, tiempo, lugar, etc, mayor será el riesgo. *Shneidman*⁸ que ha realizado un estudio de las notas de suicidio, señala el carácter ominoso de la precisión. Entre

⁴⁸ Montalbán R. La conducta suicida. Madrid: Editorial Libro del Año; 1997:12-30.

más precisos sean los planes que alguien ha hecho para suicidarse, deberá tenerse mayor preocupación.

Tres elementos han de considerarse en relación con el plan suicida:

1. Especificidad de los detalles.
2. Letalidad del método a emplear.
3. Eficacia de los medios.

2.17.2. Identificación del Terapeuta de Alto Riesgo Suicida.

Cuando una persona explica un método de suicidio con gran número de detalles, esto indica que ha empleado mucho tiempo y esfuerzo planeándolo, por lo que está muy interesado en su ejecución. En los casos en que los detalles del plan sean bizarros, ello indica posibilidad de psicosis, y los psicóticos con ideas suicidas tienen altos riesgos.⁽⁴⁹⁾

1. Historias familiar de intentos suicidas y acting out.

Es predictor de suicidio una historia familiar de suicidio o de violentos *acting out* (impulsos), en los familiares, en especial en la infancia. Personas que mataron mascotas o lastimaron a sus compañeros de juegos cuando niños, y dichas conductas fueron reforzadas directa o indirectamente en el marco familiar, están en alto riesgo. Esto es claro dinámicamente, dado que la intraagresión y la agresión contra otros, con frecuencia parecen correlacionarse: el común denominador es un alto nivel de agresión y un deficiente control de impulsos, sobre todo si en la familia el patrón emocional es de represión y negación de los estados emocionales o si se sobredimensionan las frustraciones y las adversidades sin un aprendizaje claro de soluciones emocionalmente inteligentes.

⁴⁹ Steblaj A, Tavcar R, Dernovsek MZ. Predictors of suicide in psychiatric hospital. Acta Psychiatr Scand 1999;100(5):383-8.

2. Trabajar con la visión de túnel.

Los pacientes suicidas sufren de *visión de túnel* (visión estrecha y rígida de la realidad, sobre todo de sus aspectos negativos) y solo ven una solución en particular, generalmente de signo pesimista. Por lo tanto, es importante mostrarles que existen otras opciones como en los estudios de caso que realizó *Shneidman* con pacientes altamente suicidas.⁽⁵⁰⁾ Se debe emplear el autorregistro de variables cognitivas que tiene una clara finalidad terapéutica: incrementar la objetividad del paciente respecto a sus cogniciones, demostrar la relación entre cogniciones negativas, sentimientos desagradables y conductas inadecuadas, lo que es más importante, distinguir entre una interpretación realista de los acontecimientos y una interpretación distorsionada por significados idiosincráticos.

En esta dirección *Ross* ⁽⁵¹⁾ sostiene que la perspectiva cognitiva utiliza 3 recursos básicos para modificar los sistemas informacionales alterados que se producen en la *visión de túnel*.

El primer procedimiento se refiere al *peso de la evidencia en bruto*, que implica la exposición sistemática del individuo a numerosos y repetidos hechos, así como ejemplos desconfirmatorios de las creencias o pensamientos erróneos, con la intención de que la contundencia de las evidencias modifique el substrato cognitivo responsable de la actitud y el comportamiento autodestructivo.

La segunda estrategia implica proveer un sistema de creencias o esquemas alternativos que permita explicaciones distintas del paciente sobre la realidad reflejada y vivenciada, permitiéndole aprovechar recursos protectores desde el punto de vista psicológico de los cuales muchas veces él es portador, por lo general mediante métodos

⁵⁰ Shneidman E. Psychotherapy with suicidal patients. En: Karasu B, Bellak L, eds. New York: Brunner, Mazel, 1980:130-52.

⁵¹ Ross L. The intuitive psychologist and his shortcomings: distortion in the attribution process. En: Berkowitz L, ed. Advances in experimental social cognitive psychology. Vol. 10. New York: Academic Press; 1977. p.16-22.

persuasivos-emocionales como los utilizados en las conversiones religiosas, o en la educación participativa.

El tercer procedimiento está dirigido a educar al paciente para que comprenda ("*haga insight*" [tomar conciencia]) la naturaleza emocional y situacional de sus distorsiones cognitivas, para de este modo permitir la entrada de nueva información al sistema, y modificar o bloquear heurísticos rígidos y de tendencia negativa para el sujeto.

3. Negociar por una demora y utilizar otras variables involucradas en el *acting out* (impulso).

Un factor crítico en el manejo terapéutico del *acting out* es establecer un convenio para aplazar la acción. Las personas que realizan un *acting out* buscan, en forma característica, la descarga inmediata del impulso. En principio el impulso es el instrumento de la emoción, la semilla de todo impulso es un sentimiento que estalla por expresarse en la acción. Mucho de su placer reside en lo inmediato de un *acting out*, y por lo tanto, cualquier demora es probable que mitigue gran parte de la tentación. Alguien puede llamar por la línea de urgencia y decir: "Estoy sentado en la punta de la ventana y me voy a tirar". La sugerencia al agente sanitario o voluntario sería que dijera: "Mire, no hay nada que pueda hacer si usted desea tirarse, nadie se lo puede impedir; por otro lado, tampoco nadie le puede impedir que lo haga mañana, así que le sugiero que lo posponga un poco y venga con nosotros para que lo podamos discutir y después si siente deseos de hacerlo esa será su decisión".

Al paciente que padece de impulsos repentinos hay que enseñarle a identificar las señales de alerta que le indican que el impulso viene en camino, para que actúe antes que pierda el control sobre su emoción. Esto descansa en la aplicación sistemática de recomendaciones como son el hecho de evaluarse a sí mismo diariamente en lo referente a tensión interior, control emocional y vulnerabilidad psicológica; evaluar las

consecuencias probables de los impulsos que usted imagina, sueña o ha tenido en la realidad; reforzar sistemáticamente la autoestima del paciente, sus creencias de autocontrol y de autoeficacia de este control; enseñarlo a retirarse del escenario provocador y socializar la agresividad mediante actividades físicas preferentemente (ejercicios o actividad práctica que le gusten al sujeto); y buscar una persona que lo ayude a comprometerse con la conducta de evitación y control, una vez desencadenado el *acting out* (impulso).

4. Trabajar con los factores cognoscitivos pertenecientes al suicidio.

Los individuos deprimidos tienen una triada cognoscitiva negativa; es decir, tienen una perspectiva negativa de sí mismos, del mundo y del futuro, y en los suicidas también aparece. Estos patrones cognoscitivos dan lugar a muchos de los síntomas del proceso suicida y de la depresión. Por ejemplo, la parálisis de la voluntad, que se observa en los pacientes depresivos y suicidas, se deriva de su desesperanza y pesimismo, dado que esperan un resultado negativo y dudan cuando se les pide que se comprometan a llegar a una meta.⁽⁵²⁾ De igual manera sobreestiman las dificultades de sus tareas de la vida diaria, y subestiman sus propias habilidades, esperando solo fracasos.

A medida que se desarrolla el proceso suicida, se vuelven más frecuentes e intensos los pensamientos automáticos negativos. Este incremento en pensamientos automáticos negativos se facilita por el cada vez más penetrante estado de ánimo melancólico que experimenta el paciente. Así pues, ocurre un círculo vicioso.

Las distorsiones sistemáticas en el procesamiento de información sirven también para mantener la creencia del individuo suicida en estos puntos

⁵² Beck AT. Cognitive model of depression. J Cognit Psychother 1987;1:2-27.

de vista, aun frente a una evidencia ambiental contradictoria. Algunas de estas distorsiones, o errores de lógica, incluyen:

1. Pensamiento dicotómico (todo o nada): la tendencia a pensar en términos extremos.
2. Abstracción selectiva: la tendencia a enfocarse en un detalle negativo del ambiente.
3. Interferencia arbitraria: tendencia a extraer una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye.
4. Sobregeneralización: la tendencia a extraer conclusiones globales con base en un hecho aislado.
5. Maximización y minimización: la tendencia a enfatizar en demasía la significación de los sucesos negativos, y a subestimar la de los sucesos positivos.
6. Personalización: la tendencia a tomar responsabilidad por cosas que tienen poco o nada que ver con uno mismo.

2.17.3. Identificar las Distorsiones Cognitivas

Trabajar con las distorsiones cognitivas del paciente ayuda al terapeuta a dirigirse con ellas hacia los aspectos esquemáticos que pueden estar dando lugar a la conducta de autoagresión. Para identificar las distorsiones cognitivas que pueden estar en la base de procesos depresivos o suicidas recomendamos la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de *Weismann*⁽⁵³⁾, y para modificarlas los autores *A. Friman* y *MA. Reinecke* en su obra "Terapia Cognitiva Aplicada a la Conducta Suicida" (1995), han desarrollado un compendio de técnicas cognitivas y conductuales.

⁵³ Sanz J, Vázquez C. Adaptación española de la escala de actitudes disfuncionales de Beck: propiedades psicométricas y clínicas. *Anál Modif Conducta* 1993;19(67):26-34.

1. Involucrar dentro de la situación a los otros significativos. Si existe verdadera preocupación acerca de la posibilidad de un suicidio, no se debería dudar en tomar las medidas apropiadas. Es probable que si se intenta tomar toda la responsabilidad, se produzca ansiedad considerable, y la comunicación de esa ansiedad sólo podría servir para alarmar al paciente y ponerlo en mayor riesgo de suicidarse. Si el terapeuta tiene una preocupación lo suficientemente aguda, podría ser útil, con el consentimiento del paciente o si es necesario, sin él, llamar a un familiar al consultorio y hacer que este acompañe al paciente a casa. Aun puede ser necesario abandonar, temporalmente, la neutralidad terapéutica, y llevar uno mismo al paciente a su casa o al hospital. Uno de los componentes críticos en la prevención del suicidio es mantener alguna forma de contacto con la persona potencialmente peligrosa para protegerlo del aislamiento y de la inactividad en su vida cotidiana.

Shneidman sugiere que, dado que el suicidio con frecuencia es una crisis diádica altamente cargada, el terapeuta debe considerar el trabajo con el otro significativo en la vida del paciente, sea un padre, cónyuge o amante homosexual.⁽⁵⁴⁾ No se sugiere que se vea al otro significativo con la misma frecuencia con la que se ve al paciente, pero se le debe involucrar directamente.

El análisis del papel del otro en la diada suicida es necesario, porque la interacción del otro adoptando actitudes y conductas en pro de la salud y de la vida, puede facilitar el inicio de la acción de los mecanismos psicocorrectores de la personalidad en el paciente suicida, pues la capacidad del hombre para enfrentar de forma saludable la vida está muy vinculada a su riqueza de intereses, a su capacidad de autodeterminación, a su flexibilidad para encontrar alternativas adecuadas ante situaciones tensas y contradictorias, y a la riqueza de sus objetivos y planes futuros.

⁵⁴ Shneidman E. Psychotherapy with suicidal patients. En: Karasu B, Bellak L, eds. New York: Brunner, Mazel, 1980:130-52.

La familia se utiliza para movilizar la motivación del paciente hacia el cambio, pero comprometiéndola con asumir las consecuencias de los cambios y tratando de que modifique su sistema de relaciones con el paciente, para que aparezcan premisas para un apoyo óptimo y para la estabilidad de los mismos.⁽⁵⁵⁾

2. Fármacos, hospitalización.

Es muy útil que el terapeuta sepa quién es el médico general integral o internista que atiende con regularidad al paciente, y que establezca ciertos vínculos con él para el caso en que se realice un agudo intento de suicidio. En este caso, el médico estará mucho mejor equipado que el terapeuta para el manejo de una urgencia médica que amenace la vida del paciente. En general, es muy útil una relación con el hospital base, de modo que se le pueda internar por un breve período, si esto fuera necesario de acuerdo con el grado de letalidad que este posea, o para protegerlo de un peligro en particular. En nuestro país esto lo aseguran los Cuerpos de Guardia, las Unidades de Intervención en Crisis y las Salas de Psiquiatría de los hospitales bases de las áreas de salud. Por supuesto, en esta etapa se podría indicar la farmacoterapia con la precaución de darle al paciente la cantidad de tabletas estrictamente necesarias para su mejoría, y explicar la metodología del medicamento a un familiar íntimo que pueda controlar su ingestión.^(56, 57)

En general para la utilización del tratamiento farmacológico recomendamos:

- Obtener colaboración del paciente mediante establecimiento de una buena relación médico-paciente, explicación sobre mejoría y

⁵⁵ Blumenthal SJ. Suicidio: guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Clin Med Norteam 1988;4:999-1035.

⁵⁶ Díaz del Guante MA, Molina M. Neurobiología del suicidio. Psicol Salud 1994;3:81-98.

⁵⁷ 16. Llorca G, Blanco AL, Díez MA, González M, Manzano JM. La depresión. Madrid: Harpyo Edit; 1994:68.

evolución de síntomas con un tratamiento adecuado, informar del período de latencia de los antidepresivos, prevención de los efectos secundarios esperados e informando sobre la duración prevista del tratamiento.

- Revisar el tratamiento del paciente a intervalos regulares para valorar la eficacia.
- Utilizar siempre una dosis suficiente y asegurar el cumplimiento de la prescripción.
- Explicarle al paciente que para su "curación real" debe combinar psicofármacos y psicoterapia.

3. Capacidad de maniobra del terapeuta ante el suicida.

El terapeuta debe tener la libertad de actuar en la forma que él considere más adecuada, o en otras palabras, ser capaz de poner en práctica lo que él juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento. La capacidad de maniobra implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten. Puede parecer frío y calculador hablar de controlar el proceso de tratamiento, pero creemos que por poco que se reflexione sobre la cuestión, resulta evidente que el cliente no se halla en posición de saber cuál es la mejor forma de enfocar su problema; si no fuese así, ¿por qué ha venido a buscar ayuda profesional?

En nuestra opinión, la dirección del tratamiento constituye una responsabilidad técnica y ética intrínseca del terapeuta, y que si éste abdica de tal responsabilidad provoca un perjuicio al paciente, y sobre todo al suicida. El terapeuta no puede manejar con efectividad la resistencia del paciente, si no está preparado para poner fin a la relación terapéutica cuando la situación lo exija, aunque siempre en el caso del paciente suicida lo dejaría enlazado a otro terapeuta.

El terapeuta tiene que saber observar cuándo el paciente recupera su sensación de control de sí mismo, para a partir de este momento tratarlo como una persona independiente. El trato sobreprotector del terapeuta

puede molestarle y manifestarse la resistencia como hostilidad, hasta la aparición de sentimientos y conductas agresivas hacia él.

La terapia puede acortarse y ganar en eficacia, si el terapeuta se ciñe al presente y se centra en los elementos manifiestos del problema que trae el paciente y establece algunas pautas: trabajar fuerte con la autoeficacia del sujeto y con el proceso de toma de decisiones (técnica de entrenamiento en solución de problemas), las intervenciones terapéuticas se orientarán sobre todo al sistema en el que se produce la conducta no saludable; esto es el propio paciente y sus familiares, y el terapeuta debe siempre escuchar con atención y con una actitud comprensiva todo lo que ellos dicen y desarrollar un cálido empirismo colaborativo, es decir, establecer un equipo de trabajo con el paciente con una meta común: modificar o eliminar sus creencias disfuncionales y encontrar soluciones.⁽⁵⁸⁾

Con el planteo de estos factores específicos en el manejo terapéutico de los pacientes suicidas pretendemos que usted utilice en su desempeño las mejores evidencias terapéuticas disponibles por nosotros, pero teniendo en cuenta que la aplicación de la mejor evidencia disponible no garantiza que las decisiones o los resultados sean acertados, aunque mejoran la probabilidad de que así sea. Según *Peter Ducker*, destacado experto en el campo de la gerencia, "para enfrentar un problema con efectividad y con eficacia vale más tomar medidas acertadas que hacer bien las mismas cosas que se han hecho siempre."⁽⁵⁹⁾

⁵⁸ Rizo W. Depresión. Avances recientes de la cognición y el procesamiento de la información. Medellín: Ediciones Gráficas; 1992:82-92.

⁵⁹ White F. De la evidencia al desempeño: cómo fijar prioridades y tomar buenas decisiones. Rev Panam Salud Pública 1998;4(1):69-74.

CAPITULO III

MATERIALES Y MÈTODOS

3.1. Localización

La presente investigación fue aplicada en Instituto Técnico Superior República del Ecuador, Ciudad de Otavalo, Provincia de Imbabura, Ecuador.

3.2.- Tipo De Estudio

Es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, cuali-cuantitativo, no Experimental.

3.3.- Diseño de la Investigación

Es No Experimental

3.4 Población o Muestra

La población de estudiantes del 1º, 2º y 3º Año de Bachillerato del Instituto Técnico Superior República del Ecuador, durante el periodo académico 2009-2010 fue de 200 alumnos.

3.5.- Definición de Variables

Las variables que se tomaran en cuenta en el siguiente trabajo investigativo fueron las siguientes:

- Variables Dependientes: prevención de conductas autolíticas.
- Variables Intervinientes: edad, genero, estado civil, etnia, religión, zona geográfica, factor socioeconómico.
- Variables Independientes: perfil biopsicosocial

3.6- Operacionalización de las Variables

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<p>Prevención de Conductas Autolíticas</p>	<p>El conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones orientadas a prevenir la existencia de alteraciones que lleven a cometer el acto suicida</p>	<p>-Estudiantes detectados</p>	<p>-Síntomas Generales -Síntomas Especiales -Escala suicida -Apgar Familiar</p>	<p>> a 10 > a 1 > a 6 -Altamente funcional -Moderadamente funcional -Severamente disfuncional</p>

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Perfil Biopsicosocial	Conjuntos de rasgos, cualidades, actitudes o todas aquellas conductas que son influenciadas a través de condiciones psicológicas y sociales	<p>-Biología</p> <p>-Psicología</p> <p>-Social</p>	<p>-Examen Médico Antecedentes personales, padres, abuelos paternos y maternos.</p> <p>-Depresión, Alcoholismo Esquizofrenia Intento suicida</p> <p>Funcionalidad familiar</p>	<p>SI-NO SI-NO SI-NO</p> <p>SI-NO SI-NO SI-NO</p> <p>-Altamente funcional -Moderadamente funcional -Severamente disfuncional</p>

VARIABLE INTERVINIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
-Edad	-Tiempo que lleva existiendo una persona o ser vivo desde su nacimiento.	-Años	-Edad	14-16 17-19 Mayor a 20
-Sexo	-Características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer.	-Sexo	-Sexo	Masculino Femenino
-Estado Civil	-Situación de un individuo en orden a sus relaciones de familia en cuanto le impone determinados derechos y obligaciones civiles.	- Estado civil actual	- Estado civil actual	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre

<p>-Etnia</p>	<p>- Grupo de personas que pertenecen a la misma raza y que comparten la misma lengua y cultura</p>	<p>-Etnia</p>	<p>-Etnia</p>	<p>Blanco Mestizo Indígena Afroecuatoriano</p>
<p>-Religión</p>	<p>-Conjuntos de creencias y prácticas relativas a cosas sagradas, que une en una misma comunidad moral a todos los que comparten esas creencias</p>	<p>-Creencia religiosa</p>	<p>-Secta religiosa</p>	<p>Católica Cristiana Evangélicos Testigos de Jehová Otra</p>
<p>-Zona Geográfica</p>	<p>-Son los límites, situación, altos, bajos, ríos, montañas. Lugar donde una o más personas viven.</p>	<p>-Residencia</p>	<p>-Domicilio</p>	<p>Urbano Rural</p>

-Factor Económico	Socio- Condiciones de la calidad y cantidad de ingresos en bienes y dinero que tiene una familia, además de su lugar en la escala social.	-Nivel socio-económico	-Ingreso Económico Familiar	Alta Media Baja Pobre
--------------------------	---	------------------------	-----------------------------	--------------------------------

3.7. Instrumentos

El material utilizado para la aplicación de esta investigación fueron los formularios:

- a) SRQ (Sondeo Rápido de Problemas Mentales)
- b) EIS (escala de idea Suicida).
- c) Apgar Familiar.

3.8. Estrategia de la investigación.

Para el desarrollo de la investigación se aplico la técnica de la entrevista:

- Evaluación de Formulario (SRQ)
- Evaluación de la Escala de Idea Suicida (EIS)
- Evaluación del APGAR familiar

3.9.- Técnicas e Instrumentos de Recolección y Procesamiento de la Información.

La técnica utilizada fue la entrevista, el instrumento cuestionario, el procesamiento de la información, se creó un base de datos en el programa EXCEL versión 2007 en el cual se realizo un análisis univariar y bivariar, se representara a través de tablas y pasteles la información obtenida.

3.10.-Validez y Confiabilidad de los Instrumentos.

- *El cuestionario sondeo rápido de problemas mentales (SRQ) y escala de idea suicida (EIS) poseen una confiabilidad del 95% ya que es validado a nivel internacional por la Organización Mundial de la Salud.*
- *El APGAR Familiar que fue aprobado por el Ministerio de Salud Publica del Ecuador. Además la prueba piloto en el Colegio Jacinto Collahuazo de la ciudad Otavalo; cuya población tienen similares características del grupo que se investigó.*

CAPITULO IV

MARCO ADMINISTRATIVO

4.1. Recursos Humanos

- 2 Internos Rotativos de Enfermería
- 1 Tutora de Tesis
- 1 Psicólogo
- 4 Orientadores Vocacionales

4.2. Recursos Materiales

MATERIALES E INSUMOS	PRESUPUESTO
Internet	\$ 100.00
Memory Flash	\$ 50.00
Resma de Papel	\$ 10.00
Fotocopias	\$ 100.00
Impresiones	\$ 150.00
Anillados	\$ 20.00
Empastados	\$ 100.00
Transporte	\$ 150.00
Artículos de Escritorio	\$ 30.00
Fotografías (rollos, revelado)	\$ 50.00
Video (edición y filmación)	\$ 300.00
Imprevistos 10 %	\$ 106.00
Total:	\$ 1166.00

4.3. Productos

- Guía de Detección de Intentos Autolíticos en Instituciones Educativas para los docentes.
- Elaboración de trípticos, para los estudiantes del “Instituto Técnico Superior República del Ecuador”.
- Ciclo de conferencias; concientizando a los adolescentes sobre los riesgos de realizar una conducta autolíticas.
- Psicoterapias conjuntamente con el Psicólogo del Hospital San Luis de Otavalo.

4.4. Cronograma de Actividades.

Actividad	Noviembre 2009				Diciembre 2009				Enero 2010				Febrero 2010				Marzo 2010			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Selección del tema de Investigación	■																			
Revisión Bibliográfica	■	■																		
1º Revisión del tema seleccionado por tutor.		■																		
Construcción del Anteproyecto.			■																	
Construcción del Marco Teórico.				■																
2º Revisión del Tutor.				■																
Presentación del Anteproyecto				■																
Elaboración de Formularios					■	■														
Aplicación de Prueba Piloto									■	■	■									
Revisión de Datos Obtenidos												■	■							
Envío de Oficios y Solicitudes Instituto República del Ecuador														■						
Aplicación de Formularios.															■	■	■			
Identificación de Estudiantes con problemas																		■	■	■

Actividad	Tiempo																			
	Abril 2010				Mayo 2010				Junio 2010				Julio 2010				Agosto 2010			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Solicitar colaboración a profesionales de Salud Mental del Hospital San Luis de Otavalo.	■	■																		
Elaborar Plan de Acción entre los Profesionales y los Investigadores.			■	■																
Plan de Acción con adolescentes de ayuda Psicológica.					■	■	■	■												
Plan de Acción con adolescentes de ayuda Psiquiátrica.									■	■	■	■								
Análisis y Tabulación de Datos.													■	■						
Elaboración de Marco Teórico.															■	■	■	■		
Elaboración del Primer Borrador de Tesis.																			■	■

Actividad	Tiempo																	
	Septiembre 2010				Octubre 2010				Noviembre 2010				Diciembre 2010					
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Correcciones en el trabajo previo de tesis.	■	■																
Revisión del Segundo Borrador de tesis.			■	■														
Elaboración de Spot Preventivo.					■	■												
Impresión de Trabajos de Tesis.							■	■										
Envío al HCA y Jurado de trabajos de tesis									■	■								
Elaboración de guías para defensa de tesis.											■	■						
Defensa de Tesis															¿	¿	¿	¿

CAPITULO V

ANALISIS Y RESULTADOS.

5. Presentación de resultados.

El presente trabajo desarrollado en el “Instituto Técnico Superior República del Ecuador”, en los/las adolescentes del ciclo diversificado, constituyo un proceso de mucha importancia que permitió aplicar todos los conocimientos adquiridos en las aulas universitarias, así como también desarrollar todo el potencial humano, con la finalidad de poner en ejecución, métodos, técnicas y estrategias que orienten la identificación de problemas de tipo social, psicológico y emocional, ligados a las causas y consecuencias que conllevan los mismos, lo que contribuye a la inestabilidad personal, familiar y de la sociedad al ser un problema de salud pública.

La Universidad Técnica del Norte en la formación de talento humano en salud, y específicamente de enfermería, cumple con actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, a través de la función educativa y de investigación, para la reducción de la problemática de salud en relación con el perfil epidemiológico actual, en donde se evidencia que la segunda causa de morbi-mortalidad en adolescentes, siendo importante el trabajo realizado como un valioso aporte a la colectividad, para de esta manera contribuir al control y prevención de nuevos casos.

A continuación se presentan los resultados, mediante tablas de frecuencia, representaciones gráficas, con el respectivo análisis, aplicando los métodos inductivo, deductivo y analítico.

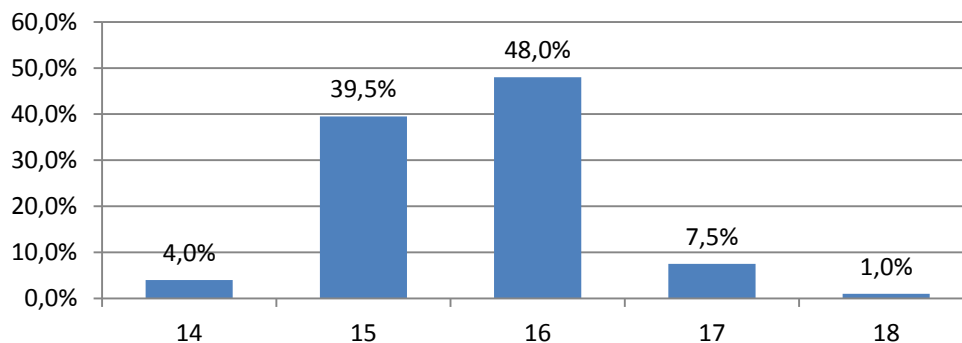
4.1. Tabulación, Representación Gráfica y Análisis de Resultados.

EDAD DE LOS ESTUDIANTES DEL CICLO DIVERSIFICADO DEL INSTITUTO TECNICO SUPERIOR REPÚBLICA DEL ECUADOR, OTAVALO-ECUADOR.

TABLA Nº 1

EDAD (Años)	Frec	Porc.
14	8	4,00%
15	79	39,50%
16	96	48,00%
17	15	7,50%
18	2	1,00%
Total:	200	100,00%

GRÁFICO Nº1



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

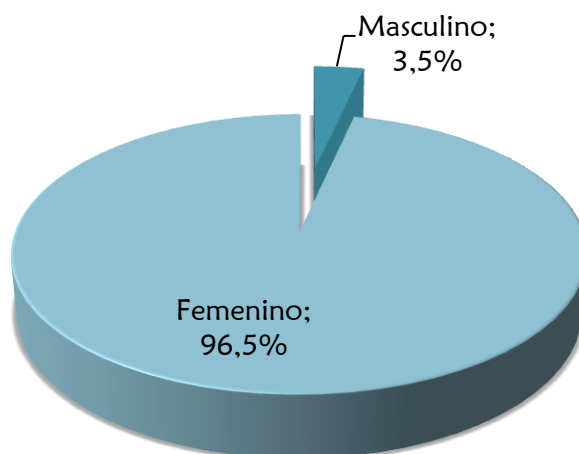
En el estudio realizado se encontró que las edades en las que oscilan los estudiantes del Ciclo Diversificado del Instituto Técnico Superior República del Ecuador, la de mayor frecuencia es los 16 años con el 48 %; seguida por la de 15 años con el 39.5%, con menor frecuencia encontramos los 17 años con el 7.5 %; y el 4% se designo para los estudiantes con 14 años; en el 1% encontramos adolescentes con 18 años. Estas edades se encuentran acordes para los respectivos años por los que cursaban los estudiantes durante la aplicación de la encuesta.

GÉNERO DE LOS ESTUDIANTES DEL CICLO DIVERSIFICADO DEL INSTITUTO TECNICO SUPERIOR REPÚBLICA DEL ECUADOR, OTAVALO-ECUADOR.

TABLA Nº 2

GENERO	Frec	Porc.
Masculino	7	3,50%
Femenino	193	96,50%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO Nº2



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

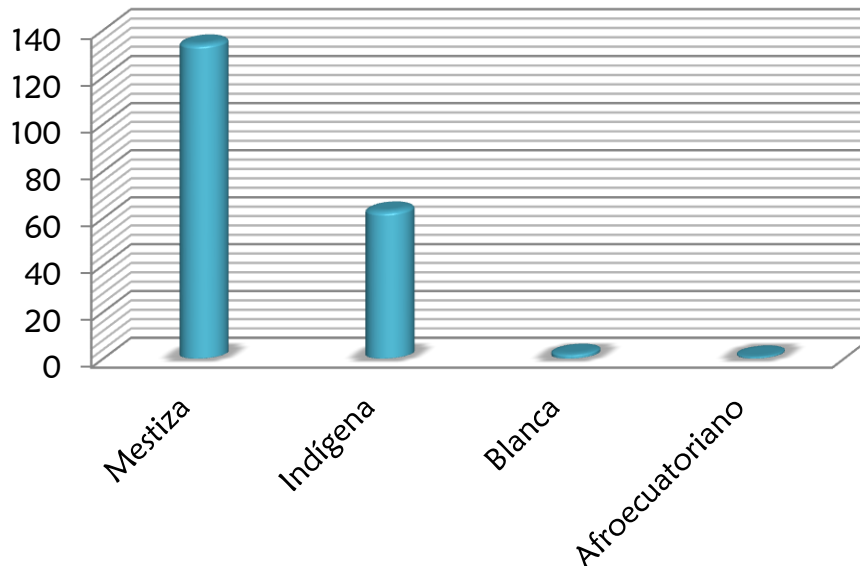
De los estudiantes encuestados del Instituto Técnico Superior República del Ecuador de la ciudad de Otavalo, se encontró que el 96,5 % de los encuestados son mujeres, mientras que el 3.5 % son hombres, uno de los factores de riesgo de conductas suicidas se presentan con mayor frecuencia en las mujeres, al realizar varios intentos de suicidio; mientras que los hombres llegan a realizar una conducta autolítica consumada.

**ETNIA DE LOS ESTUDIANTES DEL CICLO DIVERSIFICADO DEL
INSTITUTO TECNICO SUPERIOR REPÚBLICA DEL ECUADOR,
OTAVALO-ECUADOR.**

TABLA Nº 3

ETNIA	Frec	Porc.
Mestiza	134	67,00%
Indígena	63	31,50%
Blanca	2	1,00%
Afroecuatoriano	1	0,50%
Total:	200	100,00%

GRÁFICO Nº 3



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

Durante la investigación se detectó que la presencia de la etnia mestiza es la más influyente al abarcar el 67% de los encuestados, seguidos con el 31,5% es la indígena, se encuentra con menor prevalencia la etnia blanca con el 1% y la afroecuatoriana con el 0.5% de los encuestados; según el riesgo con mayor frecuencia se encuentra la etnia mestiza es la que presenta este tipo de conductas.

INSTRUMENTO SRQ-M

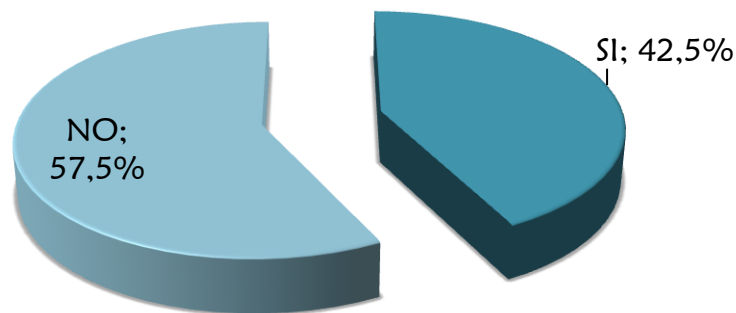
Se realizó la interpretación de datos por preguntas, individualizando sus respuestas, es así que tenemos los siguientes resultados:

1. Tiene frecuentes dolores de cabeza.

TABLA Nº 4

Variable	Frec	Porc.
SI	85	42,50%
NO	115	57,50%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO Nº 4



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

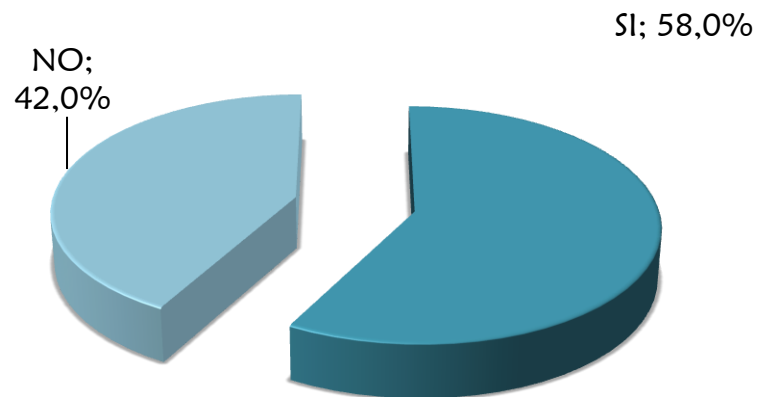
En la representación podemos observar que los adolescentes encuestados el 42,5% padece dolores de cabeza frecuentes mientras que el 57,5% de ellos no lo padecen, está comprobado que altos niveles de estrés se relacionan con cefalea tensional, lo que estaría en relación con adolescentes expuestos a grandes presiones, que podría desarrollar ideas de tipo suicida

2. Tiene temores o medios excesivos a algo?

TABLA N° 5

Variable	Frec	Porc.
SI	116	58,00%
NO	84	42,00%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 5



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

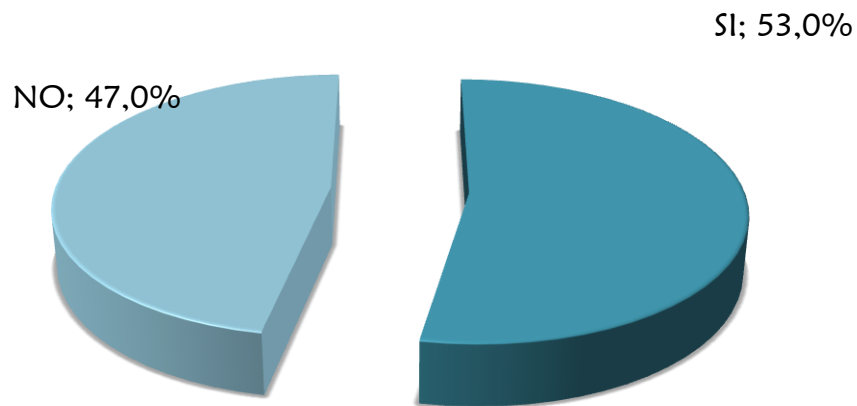
Durante esta investigación se detectó que los estudiantes encuestados respondieron que el 58% tiene temor o miedo excesivo a algo, mientras que el 42% no padece de ningún temor; se encuentra relacionada con la inseguridad que puede presentar una persona durante la adolescencia, una etapa llena de cambios en la vida.

3. Se asusta con facilidad?

TABLA N° 6

Variable	Frec	Porc.
SI	106	53,00%
NO	94	47,00%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 6



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

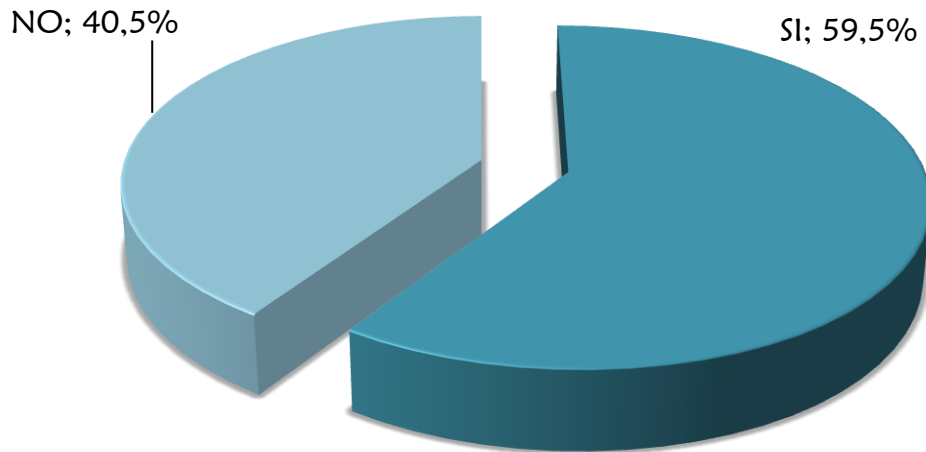
Durante la investigación se detectó que los estudiantes encuestados el 53% de ellos se asustan con facilidad, mientras que el 47% de ellos no se ven afectados, este punto se relacionan con el estrés que padecen los adolescentes y los miedos y temores que ellos padecen en esta etapa de vida.

4. Se siente nervioso, tenso, miedoso?

TABLA N° 7

Variable	Frec	Porc.
SI	119	59,50%
NO	81	40,50%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 7



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

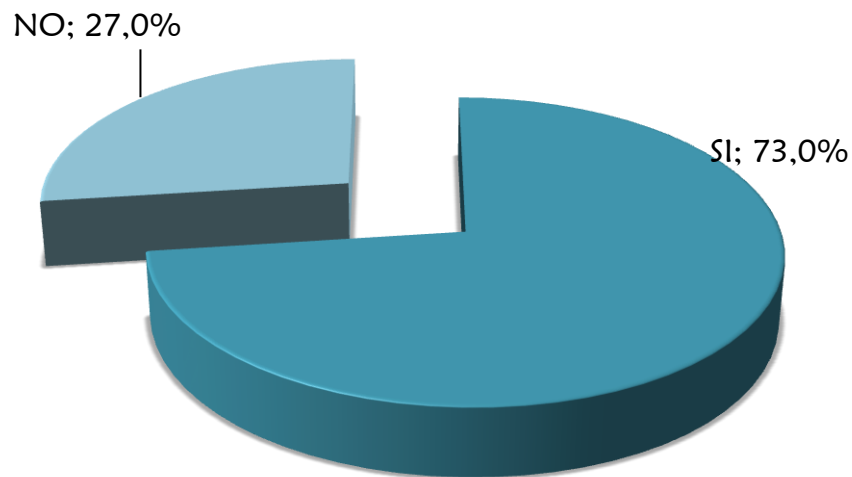
De las 200 encuestas realizadas a los estudiantes del ciclo diversificado del Instituto República del Ecuador de la Ciudad de Otavalo en la Provincia de Imbabura el 59.5% si tienen nervios, están tensos o miedo, solo el 40.5% no los tiene.

5. Se siente triste?

TABLA Nº 8

Variable	Frec	Porc.
SI	146	73,00%
NO	54	27,00%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO Nº 8



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

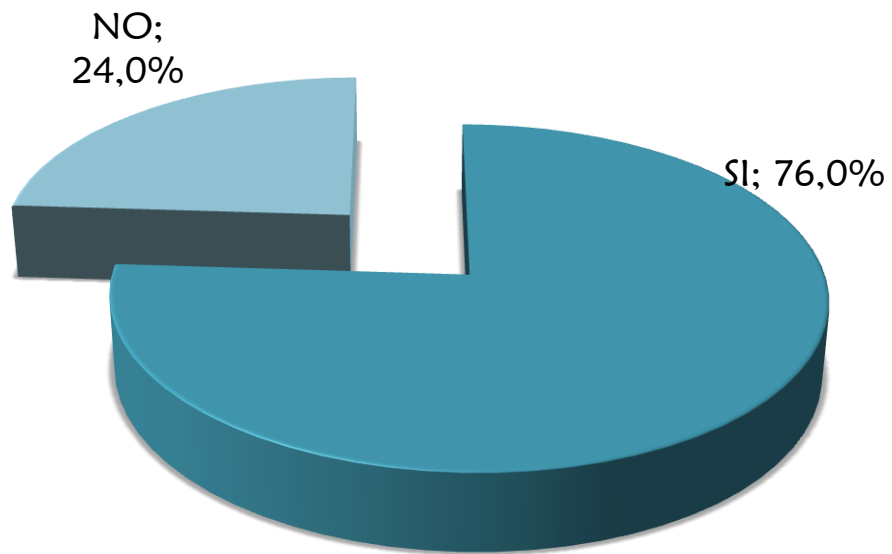
En la investigación realizada en el Instituto Técnico Superior República del Ecuador se logró detectar que en los adolescentes existe un alto índice de tristeza ya que se detectó un 73%, mientras que el 27% se encuentra normal, este alto índice marca la depresión de los adolescentes y posteriormente una ideación suicida elevada.

6. Lloro con facilidad?

TABLA N° 9

Variable	Frec	Porc.
SI	152	76,00%
NO	48	24,00%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 9



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

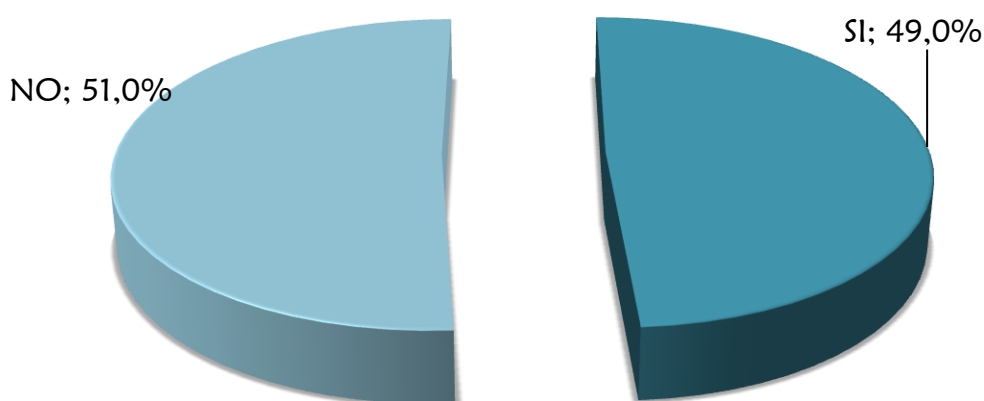
En esta investigación se logró determinar que los adolescentes encuestados en esta institución el 76% marca que llora con facilidad, mientras que el 24% no lo realiza, demostrando que existe una inestabilidad emocional, relacionada con periodos depresivos y ansiedad mal controlados.

7. Tiene dificultad de disfrutar sus actividades diarias?

TABLA N° 10

Variable	Frec	Porc.
SI	98	49,00%
NO	102	51,00%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 10



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

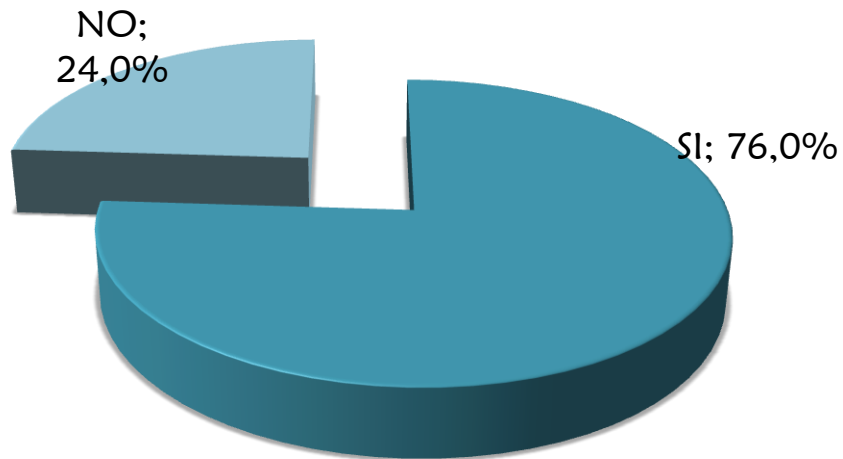
Durante la tabulación de las encuestas realizadas se logro detectar que existe un 49% de los adolescentes que no disfrutan de sus actividades diarias; y el 51% llevan una vida normal, esto nos permite relacionar que los adolescentes se encuentran distraídos y alejados de las actividades de esparcimiento diario, volviéndose rutinarios sin disfrutar la vida volviéndose introvertidos.

8. Tiene dificultad para tomar decisiones?

TABLA N° 11

Variable	Frec	Porc.
SI	152	76,00%
NO	48	24,00%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 11



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.
Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

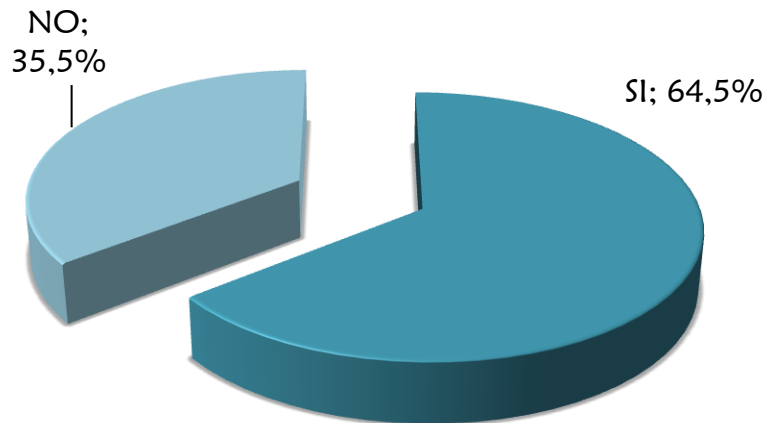
El 76% de los adolescentes encuestados en el Instituto Técnico Superior República del Ecuador demostraron tener dificultad para tomar decisiones, mientras que el 24% de ellos no la tuvieron, esto demuestra que están pasando por una etapa difícil llena de cambios donde ellos se encuentran solos y necesitan un guía que le ayude a tomar la mejor decisión, y sienten que se encuentran solos y no tienen confianza en ellos mismo demostrando su inseguridad.

9. Ha disminuido o aumentado notablemente su apetito?

TABLA N° 12

Variable	Frec	Porc.
SI	129	64,50%
NO	71	35,50%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 12



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

Esta pregunta está en relación claramente a los trastornos alimenticios que sufren los adolescentes, ya que viven en un mundo donde la moda, sinónimo de superficialidad ha impuesto su propia dieta, dejando al adolescente presionado a seguir estereotipos. Esto crea a veces problemas de tipo psiquiátrico como la anorexia nerviosa y la bulimia. A veces pueden poner en peligro la vida del joven. El 64,5% de los adolescentes respondieron afirmativamente. Cabe diferenciar que en la adolescencia hay un cambio en el apetito hacia el incremento debido al crecimiento acelerado y los cambios hormonales propios de la etapa.

10. Ha disminuido o aumentado notablemente su apetito?

TABLA N° 13

Variable	Frec	Porc.
SI	102	51,00%
NO	98	49,00%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 13



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

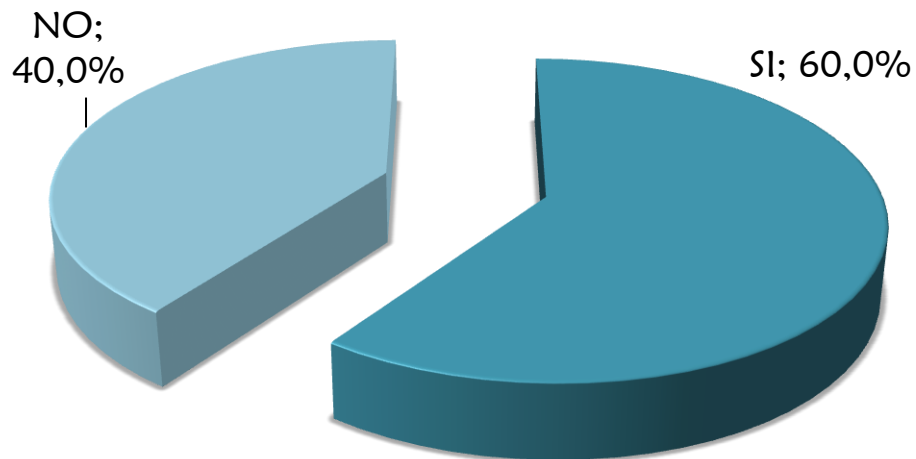
La mayor parte, el 51.0%, de los estudiantes del ciclo diversificado del Instituto República del Ecuador de la Ciudad de Otavalo en la Provincia de Imbabura señalan que si han tenido la idea de acabar con su vida alguna vez, solo el 49.0% no han pensado eso nunca, es una de las preguntas que generan mayor impacto durante la investigación, y que se relacionan directamente con trastornos depresivos, trastornos psicósomáticos, y los problemas existentes en el hogar.

11. Tiene dificultad para recordar las cosas?

TABLA N° 14

Variable	Frec	Porc.
SI	120	60,00%
NO	80	40,00%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 14



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

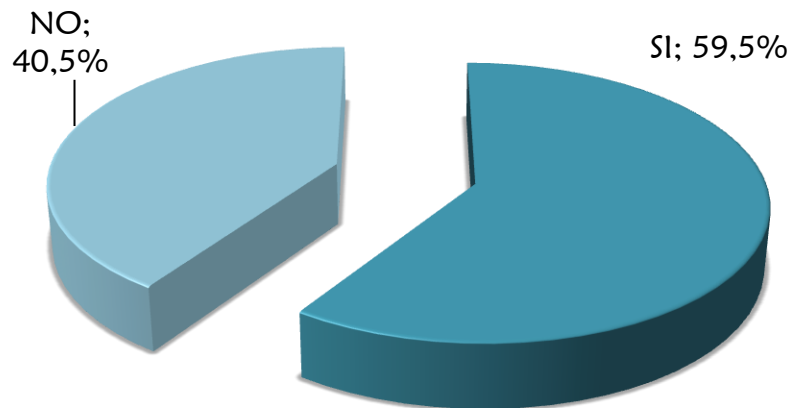
Una representación mayor durante la investigación demostró que el 60% de los adolescentes tienen dificultad para recordar las cosas, mientras que el 40% no tiene ninguna dificultad, a esto se debe que durante este periodo de transición del adolescente tiene diferentes problemas lo cual le dificulta centrar sus ideas y mantener un plan de actividades diarias que permitan organizar sus actividades

12. Se siente desesperanzado con respecto al futuro?

TABLA N° 15

Variable	Frec	Porc.
SI	119	59,50%
NO	81	40,50%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 15



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

En la investigación realizada se ha logrado detectar que solo el 40,5% de los encuestados sienten un futuro exitoso; mientras que el 59,5% de ellos mira que su futuro es desesperanzador, y sin futuro, lo que se relaciona con la poca autoestima que ellos mismo sienten por ellos; y el poco apoyo que ellos reciben en su hogar, lo cual diseña un proyecto de vida sin esperanza y con pocas expectativas de éxito en su futuro.

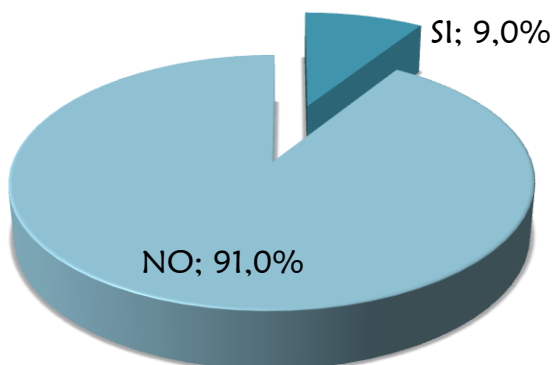
SINTOMAS ESPECIALES. TENDENCIA ESQUIZOFRENIA

13. Siente que alguien le persigue para hacerle daño?
14. Es usted una de las personas que poseen poderes especiales?
15. Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?
16. Escucha voces sin saber de dónde vienen?
17. Ha tenido convulsiones o ataques con caídas al suelo?

TABLA N° 16

Variable	Frec	Porc.
SI	18	9,00%
NO	182	91,00%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 16



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

Al realizar la tabulación de los adolescentes participantes en la encuesta, en relación a síntomas especiales se encontró que el 9% de los adolescentes tienen tendencia esquizofrénica, ya que las respuestas fueron indistintas no se logró determinar la presencia de estudiantes con Esquizofrenia intentan escapar de una angustia intensa o de una exaltación delirante con sentimiento de invulnerabilidad, en lo que este tipo son más proclives a desencadenar ideaciones suicidas.

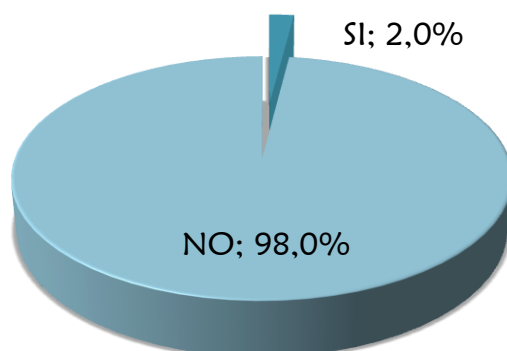
SINTOMAS ESPECIALES. TENDENCIA AL ALCOHOLISMO

18. Alguna vez le han dicho que esta bebiendo demasiado licor?
19. Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?
20. Ha tenido problemas en el trabajo o colegios a causa del licor
21. Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?
22. Le ha parecido alguna vez que Ud bebe demasiado?

TABLA N° 17

Variable	Frec	Porc.
SI	4	2,00%
NO	196	98,00%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 17



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

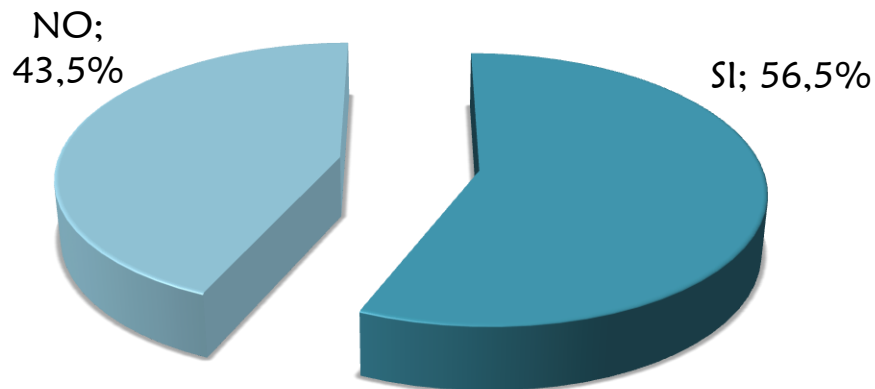
En el análisis de los resultado de la encuesta aplicada a los adolescentes del ciclo diversificado del Instituto República del Ecuador de la ciudad de Otavalo, logramos determinar que o existe la presencia de alcoholismo en los y las estudiantes de este colegio; el alcoholismo marca una conducta autodestructiva del adolescente, para llamar la atención pidiendo ayuda, y es una de las principales señales de los adolescentes proclives a cometer acciones suicidas.

23. A veces nota que podía perder el control de sí mismo?

TABLA N° 18

Variable	Frec	Porc.
SI	113	56,50%
NO	87	43,50%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 18



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

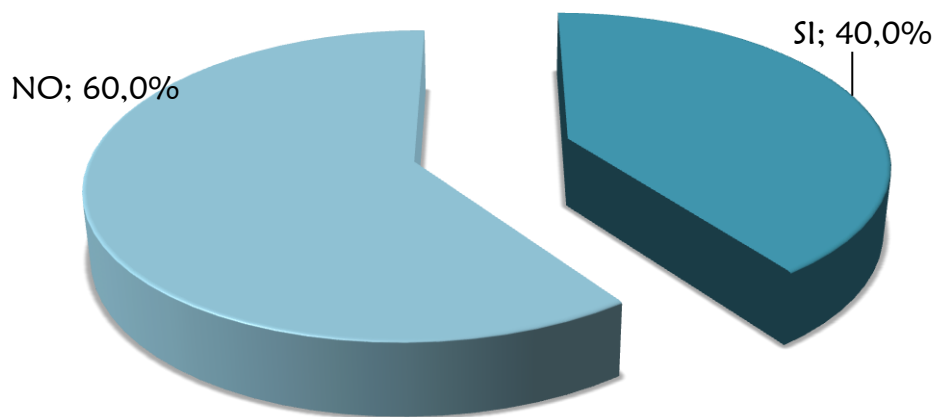
Al analizar los resultados de las encuestas realizadas a los estudiantes del ciclo diversificado del Instituto República del Ecuador de la Ciudad de Otavalo en la Provincia de Imbabura se puede ver que el 56,5% si ha notado que puede perder el control de sí mismo, en tanto que el 43,5% no lo ha hecho.

24. Tiene poco interés en relacionarse con la gente?

TABLA N° 19

Variable	Frec	Porc.
SI	80	40,00%
NO	120	60,00%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 19



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

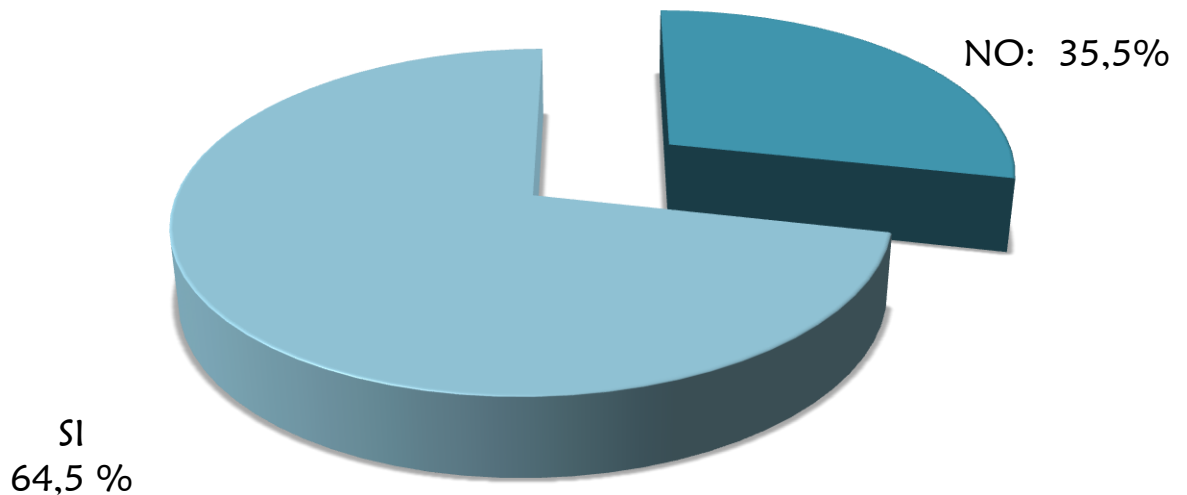
Durante la tabulación de las encuestadas aplicadas a los adolescentes del Instituto Técnico Superior República del Ecuador se encontró que un 40% de los encuestados tiene poco interés en relacionarse con los demás, lo que indica que existe un elevado número de estudiantes con depresión, manteniendo sus problemas consigo, generando estrés y puede desencadenar en ideas suicidas en el adolescente.

25. Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?

TABLA N° 20

Variable	Frec	Porc.
SI	129	64,50%
NO	71	35,50%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 20



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

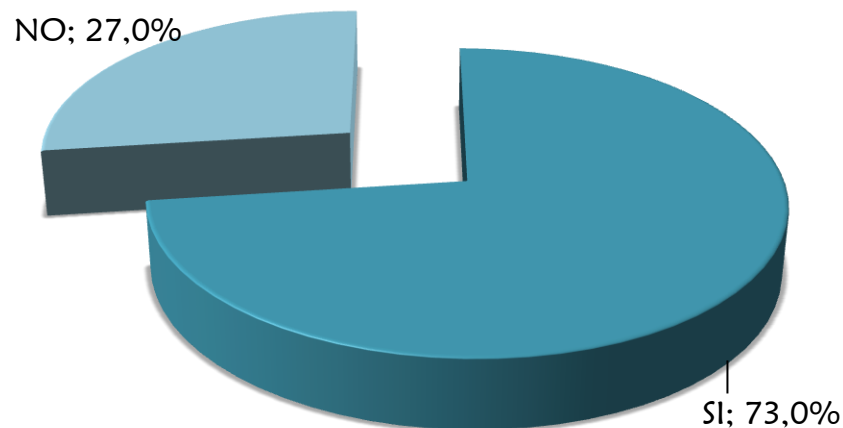
De los estudiantes del ciclo diversificado del Instituto Técnico Superior República del Ecuador el 64,5% de los adolescentes manifestó haberse sentido inútil o inservible; mientras que el 35,5% de ellos no se sienten así; si el adolescente percibe que es inútil e inservible, crea una personalidad negativa y no se acepta y valora su YO personal influyen tanto en el individuo, así como en su interacción con el resto de la sociedad. Esto puede desarrollar problemas psicológicos y psiquiátricos como depresión y ansiedad y puede desembocar en un intento autolítico.

26. Se ha sentido alguna vez fracasado, que solo quería abandonarlo todo?

TABLA N° 21

Variable	Frec	Porc.
SI	146	73,00%
NO	54	27,00%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 21



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.
Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

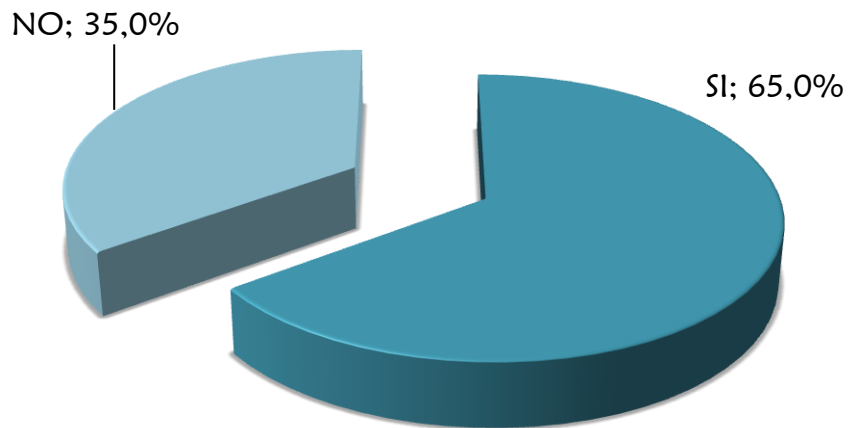
En la Investigación realizada en Instituto Técnico Superior República del Ecuador, se encontró que el 73% de los adolescentes sienten que se encuentran fracasados y que han pensado en abandonarlo todo, lo que nos permitió determinar que los adolescentes no maduran su personalidad y su baja autoestima los impulsa a dejar alguna actividad o se debilitan frente a un problema y no pueden enfrentarlo con la madurez del caso.

27. Esta Deprimido?

TABLA N° 22

Variable	Frec	Porc.
SI	130	65,00%
NO	70	35,00%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 22



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

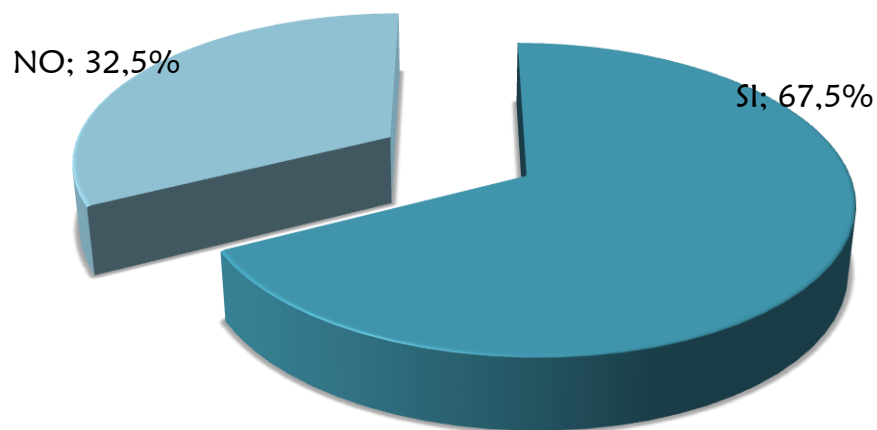
Durante la Investigación se encontró que el 65% de los estudiantes del ciclo diversificado del Instituto Técnico Superior República del Ecuador sufre depresión, la depresión es una de las causas que precipitan al individuo a tomar una decisión equivocada que desencadena un Intento de Suicidio; ya que es observado dos terceras partes de todos los suicidios; en un grupo de adolescentes se logro determinar que el 75% de los adolescentes padeció depresión mayor, mientras que el 19,6% se diagnostico estados distímicos.

28. Esta Ud. disgustado con algún familiar, novia/o, amigo/a?

TABLA N° 23

Variable	Frec	Porc.
SI	135	67,50%
NO	65	32,50%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 23



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.
Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

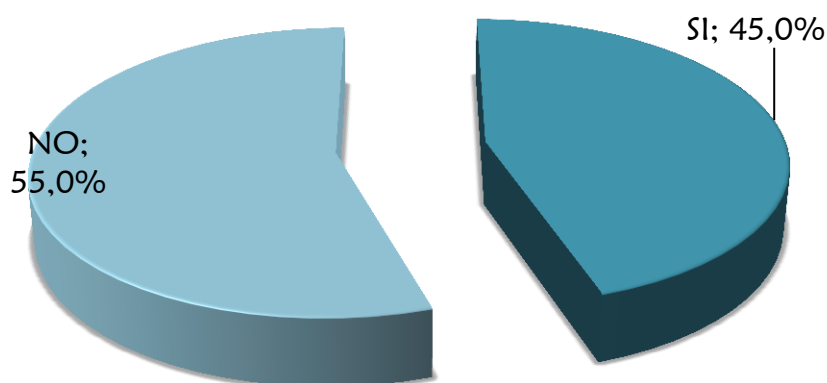
Durante la tabulación de las encuestas aplicadas a los adolescentes del Instituto Técnico Superior República del Ecuador, se logró determinar que el 67,5% de los estudiantes encuestados tienen problemas familiares, con un amigo/a o novia/o, lo que genera estrés en el adolescente y nos permite determinar el grado de apoyo familiar para afrontar los problemas. Las relaciones amorosas fallidas o con problemas son una de las causas que generan ingresos por intento de suicidio. Así también se logró determinar que los problemas entre compañeros generan estados depresivos y una causa de deserción estudiantil.

29. Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?

TABLA N° 24

Variable	Frec	Porc.
SI	90	45,00%
NO	110	55,00%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 24



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

De los estudiantes encuestados del ciclo diversificado del Instituto República del Ecuador se logró determinar que un 45% de ellos ha escuchado que algún familiar ha cometido intento o suicidio consumado, lo que nos permite determinar que muchos de estos estudiantes son proclives a realizar un acto suicida; los adolescentes toman como ejemplo la situación del familiar para cometer un acto suicida al tratar de imitar la acción de su familiar, se estima que un 4% de los intentos de suicidios son relacionados con la Imitación.

30. Ha pensado alguna vez suicidarse?

TABLA N° 25

Variable	Frec	Porc.
SI	99	49,50%
NO	101	50,50%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 25



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

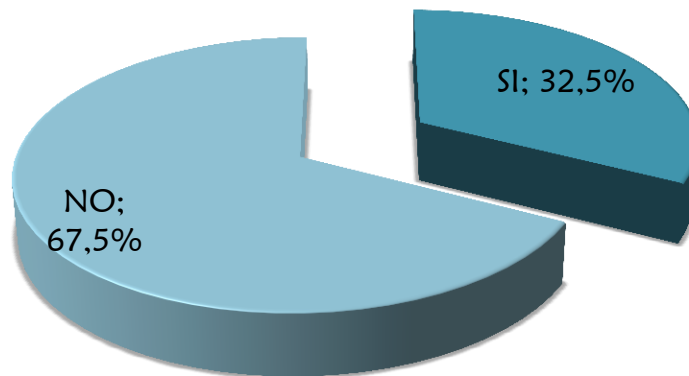
De los adolescentes encuestados en el Instituto Técnico Superior República del Ecuador señalaron que el 49,5% de los encuestados ha pensado alguna vez en suicidarse, lo que nos señala que las ideas suicidas se encuentran presentes en este grupo etéreo, y solo se espera un problema o una situación que genera estrés en los adolescentes para desencadenar este tipo de ideas.

31. Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión que ha querido suicidarse?

TABLA N° 26

Variable	Frec	Porc.
SI	65	32,50%
NO	135	67,50%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 26



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

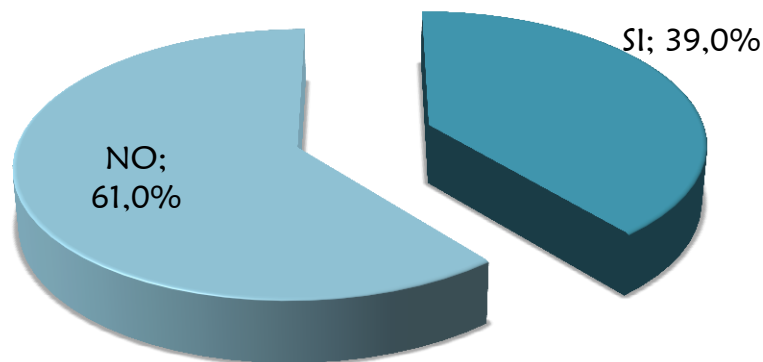
El 67,5% de los estudiantes del ciclo diversificado del Instituto República del Ecuador de la Ciudad de Otavalo en la Provincia de Imbabura no ha comentado a alguien el deseo de suicidarse, mientras que el 32,5% si lo han hecho, la expresión de una idea suicida entre adolescentes puede ser un tema controversial por lo que se mantiene para sí mismo la idea de cometer un acto suicida; también nos indica los problemas que tienen los adolescentes de adaptación y relación con los compañeros y chicos de su edad.

32. ha intentado alguna vez quitarse la vida?

TABLA N° 27

Variable	Frec	Porc.
SI	78	39,00%
NO	122	61,00%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 27



Fuente. Cuestionarios Sondeo Rápido de Problemas Mentales (SRQ-M) e Intentos Autolíticos. Instituto Superior República del Ecuador.

Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS:

En la representación gráfica podemos observar que el índice de intento de suicidio en los adolescentes del ciclo diversificado del Instituto Técnico Superior República del Ecuador es del 39%; lo que nos indica que la tasa de suicidio en las estadísticas no marca los casos no consumados o de aquellas personas que realizan actos suicidas que no comprometen su vida, vale recalcar que al ser un test autocontestado no es una verdad absoluta.

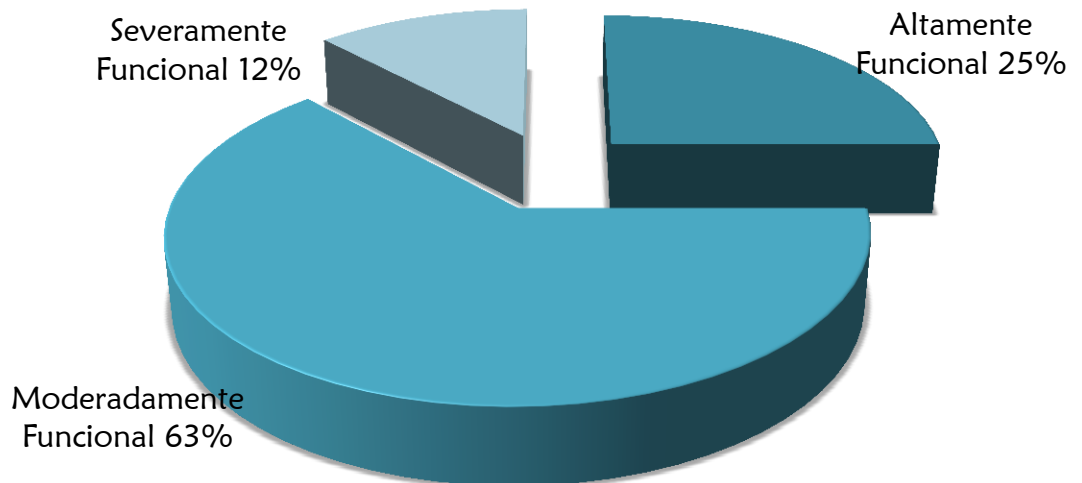
APGAR FAMILIAR.

El apgar familiar nos permitió determinar el grado de funcionalidad familiar en la que el adolescente vive.

TABLA N° 28

Variable	Frec	Porc.
Altamente Funcional	50	25,00%
Moderada Funcional	126	63,00%
Severamente Funcional	24	12,00%
TOTAL	200	100,00%

GRÁFICO N° 28



Fuente. Apgar Familiar. Instituto Superior República del Ecuador.
Elaborado por: Jonathan Díaz y Silvia Revelo.

ANÁLISIS.

En la aplicación del Apgar familiar a los adolescentes del Instituto Técnico Superior República del Ecuador se logró determinar que el 63% de los adolescentes viven en familias moderadamente funcionales, mientras que un 25% en familias altamente funcionales, mientras que el 12% de ellos viven en familias severamente disfuncionales, lo que se atribuye a que existan ideas suicida en los adolescentes del ciclo diversificado de esta institución.

CAPÍTULO VI

PLAN DE INTERVENCIÓN

6. Plan de Intervención.

Una vez obtenidos los resultados durante el proceso investigativo, y en los objetivos propuestos en nuestra investigación, se decidió poner en práctica las siguientes acciones encaminadas a la prevención de conductas autolíticas en los adolescentes del “Instituto Técnico Superior República del Ecuador”, en el cual se encuentra inmersa la participación de directivos, docentes y estudiantes para su ejecución.

La intervención realizada en el Hospital San Luis de Otavalo de esta ciudad, fue gracia a la colaboración de las autoridades de la institución, la Directora Msc. Lcda. Magdalia Hermosa, y la Dra. Azália Vásquez psicóloga de la institución, que conjuntamente con nosotros estudiantes de enfermería de la Universidad Técnica del Norte se coordino un periodo de psicoterapias en beneficia de los/las adolescentes que participaron en el proceso de investigación.

6.1. Guía sobre “Detección y Prevención Oportuna de Intentos Autolíticos para Docentes del Instituto Técnico Superior República del Ecuador”.

El desarrollo y la implementación de la Guía sobre “Detección y Prevención Oportuna de Intentos Autolíticos para Docentes del Instituto Técnico Superior República del Ecuador”, en la cual conjuntamente con los responsables del Departamento de Orientación Vocacional, se realizó la entrega de las guías a las autoridades, en donde se explico su uso y cual es el propósito de su implementación, no solo en la prevención de

conductas autolíticas, si no también brindar espacios seguros y abrir un campo de comunicación y expresión de sentimientos, miedos, temores y/o preocupaciones de los adolescentes con sus profesores.

6.2. Aplicación de Psicoterapias en adolescentes con alto riesgo.

Una vez seleccionado el grupo de estudiantes, que participaran en el proceso de Psicoterapias, con la intervención de la Dra. Azália Vásquez, psicóloga del Hospital San Luis de Otavalo, en la que las estudiantes tuvieron la entrevista y se realizaron grupos por afinidad para las diferentes visitas de las estudiantes al hospital, se realizó la apertura de la historia clínica para las psicoterapias.

La disponibilidad del tiempo y por razones de carácter educativo solo se logro realizar psicoterapias individuales, donde la profesional indica que las estudiantes durante las consultas presentan problemas de tipo familiar, muchas de ellas problemas escolares y su autoestima es baja.

Los resultados de la ayuda brindada por la profesional se vieron cuando las estudiantes referían sentirse con mejor autoestima; así también el Departamento de Orientación Vocacional manifestó una mejor actitud de las estudiantes en la institución.

6.3. Ciclo de Conferencias.

El ciclo de conferencias se lo realizó como una premisa de prevención en el grupo de adolescentes del ciclo diversificado del Instituto Técnico Superior “República del Ecuador”; en el cual se les educó a los adolescentes sobre la importancia de mantener actitudes positivas para mantener una adecuada salud mental, así también se les explicó cuáles son los riesgos de realizar conductas que atentan contra su vida.

CONCLUSIONES

En este proceso investigativo podemos llegar a las siguientes conclusiones.

1. El nivel de instrucción de los padres de los estudiantes encuestados es bajo, por lo que es limitado el apoyo que pueden ofrecer a sus hijos frente a los problemas de hoy, por lo que necesitan de la sociedad para salir de ellos.
2. Los resultados nos demuestran que la población de estudio presenta un nivel económico limitado ya que el 76% no tiene trabajo estable por lo que el ingreso económico mensual oscila entre 100 y 200 dólares mensuales, y con ello el 70% no tiene casa propia es decir son hogares que viven en condiciones limitadas.
3. Los diagramas analizados reflejan una realidad de la sociedad ecuatoriana; familias desestructuradas y por tanto muchas de ellas disfuncionales. El 42% de los hogares presentan desorganización donde se puede notar al observar los diagramas que son productos de divorcio, muerte de uno de los progenitores, infidelidad, migración, entre otros, donde padecen de comunicación e incompreensión entre padres e hijos, provocando la desintegración familiar por lo que tan solo el 46% de los estudiantes viven con padre y madre.
4. En la aplicación del cuestionario SRQ (sondeo rápido de problemas mentales) se pudo detectar que del grupo de estudio el 65% sufre de depresión.
5. Los antecedentes familiares generan un impacto primordial en desarrollar ideas autolíticas y es considerado alto su porcentaje, el 45%; el fantasma del pasado de un familiar suicida vive en los adolescentes y deben ser controlados ya que influyen en la realización de actos suicidas.
6. En el consumo de sustancias tóxicas (alcohol y drogas) se obtuvo un resultado del 2%, que presentan este problema, lo que demuestra que las y los adolescentes de esta institución en su mayoría no tienen conductas autodestructivas por consumo de estas sustancias.

7. En lo que concierne al diseño y elaboración del material elaborado por parte de los investigadores, fue acogido con satisfacción por los adolescentes, prueba de ello fue el interés prestado durante las sesiones de Psicoterapias individuales y grupales.

8. El plan de intervención para la prevención de intentos Autolíticos que se realizo en el Instituto Técnico Superior República del Ecuador, se realizo de manera coordinada y responsable entre la Universidad Técnica del Norte, el Departamento de Orientación Vocacional de la Institución, el Hospital San Luis de Otavalo y la Fundación GRAVITAR lo que es motivo de satisfacción por que se trabajo en el aspecto preventivo, y de esta manera cumplimos el rol como futuros funcionarios de salud.

RECOMENDACIONES.

Luego de la investigación ejecutada y con los valiosos aportes de equipo multidisciplinario de salud que intervinieron en el proceso investigativo, llegamos a las siguientes recomendaciones

1. Coordinar una estrategia con el Instituto República del Ecuador, en un trabajo de educación con los padres, que permita afianzar los temas de interés para el mejoramiento de la vida de sus hijos, miedos, mitos y problemas que ocurren en la adolescencia y sus soluciones en prácticas.
2. Llevar a cabo un seguimiento de valor terapéutico muy importante, que permite ver la evolución de cada estudiante y familias, de los casos identificados ya que la medición del impacto de esta intervención, solo puede ser determinada en el tiempo, lo que significa que cada seis meses o al menos cada año, se deberá valorar nuevamente a los estudiantes y a los nuevos posibles casos, ya que una intervención abandonada nunca dará resultados definitivos, por lo que se insiste en la continuación del mismo.
3. Seguir realizando talleres de autoestima, superación personal u otros, dirigidos a todos los estudiantes, si es posible incluyendo otros colegios, pudiendo de esta manera ampliar la propuesta.
4. A las autoridades de la Universidad Técnica del Norte, que continúen realizando investigaciones con la finalidad de disminuir los posibles intentos autolíticos y así dar cumplimiento a la misión y visión de nuestra universidad.
5. Que el material preparado por un equipo multidisciplinario, pueda ser difundido en los medios de comunicación, con la facilidad que requiere, para de esta manera llegar a los jóvenes que requieren ayuda.
6. Reforzar el vínculo comunicativo con el adolescente a través de organismos gubernamentales y no gubernamentales (asociaciones, fundaciones, etc.) a nivel nacional e internacional, que nunca irá más allá del objetivo y finalidad terapéutica, concluyendo con la creación del teléfono de la esperanza.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE)
2. Instituto Nacional de Estadística y Censo INEC. Año 2008.
3. Estadísticas de la OMS (WHO).
http://www.who.int/entity/mental_health/prevention/suicide/charts/en/index.html.
4. INEC (2007). Principales causas de mortalidad masculina año 2008. Anuario de Estadísticas vitales: Nacimientos y Defunciones. Página 1.
5. OMS (2000). Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Trastornos Mentales y Cerebrales Departamento de Salud Mental y Toxicomanías.
6. RESTREPO HE, MÁLAGA H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: panamericana, 2002.
7. <http://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio>.
8. DIARIO DEL NORTE. Cincuentenario del Instituto Técnico Superior República del Ecuador. Año 2000.
9. Diccionario General Mosby.
10. BOLÍVAR. Y. La Adolescencia. www.rincóndelvago.com

11. MENENDEZ. I. Adolescencia La Crisis Necesaria.
<http://www.psicologoinfantil.com/articuloadolescencia.htm>
12. SCHMIDTKE A, BILLE-BRAHE U, DELEO D, KERHOF A, BJERKE T, CREPET P et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre study on Parasuicide. Acta Psychiatr Scand 1996.
13. ISOMETSÄ ET, LÖNNQUIST JK. Suicide attempts preceding completed suicide. Br J Psychiatry 1998.
14. MIRÓ E. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2ª edición. J. Vallejo Ruiloba, C. Gastó Ferrer. Edit. Masson, 2000.
15. KAPLAN HI, SADOCK BJ. Sinopsis de Psiquiatría, 8ª edición, 1999.
16. GARCÍA-RESA E, BRAQUEHAIS D, BLASCO H, RAMIREZ A, JIMÉNEZ L, DÍAZ-SASTRE C et al. Sociodemographic features of suicide attempts. Actas Españolas de Psiquiatría 2002.
17. ¹P, AGERBO E, WESTERGARD-NIELSEN N, ERIKSSON T, MORTENSEN PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. Br J Psychiatry 2000.
18. HARRIS EC, BARRACLOUGH B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry 1997.
19. ISOMETSÄ ET. Psychological autopsy studies- a review. Eur Psychiatry 2001.

20. BEAUTRAIS AL, JOYCE PR, MULDER RT, FERGUSSON DM, DEAVOLL BJ, NIGHTINGALE SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study. *Am J Psychiatry* 1996.
21. KING EA, BALDWIN DS, SINCLAIR JMA, BAKER NG, CAMPBELL MJ, THOMPSON C. The Wessex recent in-patient suicide study, I. Case control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides. *Br J Psychiatry* 2001.
22. ANGST J, ANGST F, STASSEN HH. Suicide risk in patients with Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry* 1999.
23. PALMER DD, HENTER ID, WYATT RJ. Do antipsychotic medications decrease the risk of suicide in patients with schizophrenia? *J Clin Psychiatry* 1999.
24. LECRUBIER Y. The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behaviour. *Eur Psychiatry* 2001.
25. ROS MONTALBÁN S. La conducta suicida. Editorial Ela 1997. Grupo Arán.
26. GORWOOD P. Biological markers for suicidal behaviour in alcohol dependence. *Eur Psychiatry* 2001
27. SUOKAS J, SUOMINEN K, ISOMETSÄ E, OSTAMO A, LÖNNQUIST J. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 2001.

28. MANN JJ, WATERNAUX C, HAAS GL, MALONE KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999
29. CONNER KR, CONWELL Y, DUBERSTEIN PR. The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. II. Live events, social support and suicidal behavior. *Acta Psychiatr Scand* 2001.
30. ROY A, NIELSEN D, RYLANDER G, SARCHIAPONE M, SEGAL N. Genetics of suicide in depression. *J Clin Psychiatry* 1999.
31. MANN JJ, OQUENDO M, UNDERWOOD MD, ARANGO V. The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. *J Clin Psychiatry* 1999.
32. PÉREZ.S. ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?. Correo Electrónico: serper.grm@infomed.sld.cu
33. <http://www.dmedicina.com/vida-sana/actualidad/los-antecedentes-familiares-duplican-el-riesgo-de-suicidio>.
34. SCHMIDTKE A, Schaller S. What do we do about media effects on imitation of suicidal behaviour. In: De Leo D. Schmidtke A, Schaller S, eds. *Suicide prevention: a holistic approach*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998.
35. MAZURK PM et al. Increase of suicide by asphyxiation in New York City after the publication of "Final Exit". *New England journal of medicine*, 1993.
36. SOUBRIER, J.P. La prévention du suicide est-elle encore possible depuis la publication autorisée d'un livre intitulé: *Suicide Mode*

d'Emploi – Histoire, Techniques, Actualités. [is suicide prevention still possible after the authorized publication of a book entitled “Suicide: How to do it – History, techniques, news”] Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 1984.

37. PHILIPS DP, LESNYA K, PAIGH DJ. Suicide and media. IN: Maris RW, Berman AL, Maltzberger JI, eds. Assessment and prediction of suicide. New York, Guilford, 1992.

38. PHILIPS DP, The impact of fictional television stories on US adult fatalities: new evidence on the effect of the mass media on violence. American journal of sociology.

39. HAWTON K et al. Effects of a drug overdose in a television drama on presentations to hospital for self-poisoning: time series and questionnaire study. British medical journal, 1999.

40. RODRÍGUEZ-PULIDO F, González de Rivera F. (2000). Evaluación y medición del riesgo de autolesión y suicidio. Medición clínica en psiquiatría y psicología. Barcelona: Masson

41. <http://biblioteca.idict.villaclara.cu/UserFiles/File/revista%20varela/rv1604.pdf>.

42. MORCILLO MORENO, Saiz Martínez, Bousoño García, Barcia Salorio. (2000). El Intento Suicida. Tratado de Psiquiatría. Editorial Arán. 801-819.

43. BECK AT, Kovacs M, Weissman A. (1979). Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. J Consult Clin Psychol; 47: 343-352.

44. WALTER M, Kermarrec I. Suicidal ideation or behavior and their emergency management. *Rev Prat* 1999; 49(15):685-90.
45. GOLEMAN D. *La inteligencia emocional*. Bogotá: Javier Vergara; 1996:159-330.
46. FARBEROW NL. *Crisis, disaster and suicide: theory and therapy*. En: Shneidman E. ed. *Essays in self destruction*. New York: Science House.
47. MEICHENBAUM D, HENSHAW D, HIMEL N. *Coping with stress as a problem-solving process*. En: Krohne W, Laux L, eds. *Achievement, stress and anxiety*. Washington DC: Hemisphere Press.
48. MONTALBÁN R. *La conducta suicida*. Madrid: Editorial Libro del Año; 1997.
49. STEBLAJ A, TAVCAR R, DERNOVSEK MZ. Predictors of suicide in psychiatric hospital. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100(5):383-8.
50. SHNEIDMAN E. *Psychotherapy with suicidal patients*. En: Karasu B, Bellak L, eds. New York: Brunner, Mazel, 1980:130-52.
51. ROSS L. *The intuitive psychologist and his shortcomings: distortion in the attribution process*. En: Berkowitz L, ed. *Advances in experimental social cognitive psychology*. Vol. 10. New York: Academic Press; 1977. p.16-22.
52. BECK AT. *Cognitive model of depression*. *J Cognit Psychother* 1987;1:2-27.

53. SANZ J, VÁZQUEZ C. Adaptación española de la escala de actitudes disfuncionales de Beck: propiedades psicométricas y clínicas. *Anál Modif Conducta* 1993;19(67):26-34.
54. SHNEIDIMAN E. Psychotherapy with suicidal patients. En: Karasu B, Bellak L, eds. New York: Brunner, Mazel, 1980:130-52.
55. BLUMENTHAL SJ. Suicidio: guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. *Clin Med Norteam* 1988;4:999-1035.
56. DÍAZ DEL GUANTE MA, MOLINA M. Neurobiología del suicidio. *Psicol Salud* 1994;3:81-98.
57. LLORCA G, BLANCO AL, DIEZ MA, González M, Manzano JM. La depresión. Madrid: Harpyo Edit; 1994:68.
58. RIZO W. Depresión. Avances recientes de la cognición y el procesamiento de la información. Medellín: Ediciones Gráficas; 1992:82-92.
59. WHITE F. De la evidencia al desempeño: cómo fijar prioridades y tomar buenas decisiones. *Rev Panam Salud Pública* 1998;4(1):69-74.