Martín Piñate F, Cabrera-Lozada C. Editores. Colección Razetti Volumen XXXVII. Caracas: Editorial ANM; 2026. p.243-262
DOI: 10.59542/CRANM.2026.XXXVII.13

Capítulo 12

Orientación Suicida en Adolescentes de 12 A 15 Años de Edad

Dres. Steven Rafael Cepeda Gutiérrez[1], Nelly del Carmen Petit de Molero [2], Mercedes Morales Bozo[3]

RESUMEN

El riesgo de orientación suicida es un estado que antecede a la ideación suicida puede conducir a un intento de suicidio o suicidio consumado; Es un tema de interés por su magnitud y por la presión que ejerce sobre los sistemas de salud. **Objetivo**: Identificar el nivel de orientación suicida en adolescentes en edades comprendidas entre 12 a 15 años de edad en la Unidad Educativa Víctor Capo en el lapso septiembre 2020 a septiembre 2022. **Materiales y Métodos**: Investigación descriptiva, con diseño no experimental, prospectivo y transversal. Se aplicó un instrumento previamente validado para obtener la información que permitió identificar el nivel de orientación suicida en adolescentes, mediante el Inventario de Orientación Suicida (ISO – 30). El análisis de los datos se realizó a través de la estadística descriptiva. **Resultados**: De 63 adolescentes, 53,97% fueron varones y 46,03% hembras, edad promedio 13,6 ± 1,1 años, la mayor participación: 2do año (36,51%) y 3er. año (28,57%) del ciclo diversificado, el 76,16% eran procedentes del área urbana. Nivel de orientación suicida fue bajo (74,61%), dimensión desesperanza (66,67%), dimensión baja autoestima. El 74,61% en la dimensión afrontamiento de emociones moderado, 77,78% en la dimensión soledad social bajo y el 87,30% en la dimensión ideación suicida fue baja. Nivel de riesgo de orientación suicida en el 68,25% se consideró baja, un 23,81% moderado y un 7,94% alto. **Conclusiones**: Se encontró que los adolescentes evaluados en su mayoría (68,25%) presentaron un

1. *Correo e-: stvn0705@gmail.com ORCID: 0009-0000-3678-0713*
2. *Especialista Pediatra Puericultor. Dra. En Ciencias Médicas. Profesora asociada al Instituto de Investigaciones Biológicas "Dr. Orlando Castejón". Facultad de Medicina, LUZ. Academia de Medicina del Zulia. Academia Nacional de Medicina. CI: 3.638,092. Telef: +58-4146131780. Correo-e:nelcapetit61@gmail.com ORCID: 0000-0003-2786-0329*
3. *Profesora Asociada de LUZ. C.I. V-4.521.304. Telef: + 58- 4143608403. Correo-e: mermor53@hotmail.com. ORCID: 0009-0002-1120-6402*

índice global de riesgo de orientación suicida bajo, sin embargo, al sumar el índice global de riesgo moderado y alto observamos que un 31,75% tendría orientación suicida para un rango peligroso, que lo llevaría a conllevar el suicidio.

Palabras clave: Suicidio, Adolescentes, Orientación

ABSTRACT

The risk of suicidal orientation is a state that precedes suicidal ideation and can lead to a suicide attempt or completed suicide; it is a topic of interest due to its magnitude and the pressure it puts on health systems. **Objective**: To identify the level of suicidal orientation in adolescents aged 12 to 15 at the Víctor Capo Educational Unit during the period from September 2020 to September 2022. **Materials and Methods**: Descriptive research, with a non-experimental, prospective, and cross-sectional design. A previously validated instrument was applied to obtain information that allowed identifying the level of suicidal orientation in adolescents, using the Suicidal Orientation Inventory (ISO – 30). The data analysis was carried out using descriptive statistics. **Results**: Out of 63 adolescents, 53.97% were male and 46.03% female, with an average age of 13.6 ± 1.1 years. The highest participation was from 2nd year (36.51%) and 3rd year (28.57%) of the diversified cycle, and 76.16% came from urban areas. The level of suicidal orientation was low (74.61%), the hopelessness dimension (66.67%), and the low self-esteem dimension. In the emotion coping dimension, 74.61% were moderate, 77.78% were low in the social loneliness dimension, and 87.30% were low in the suicidal ideation dimension. The risk level of suicidal orientation was considered low in 68.25%, moderate in 23.81%, and high in 7.94%. **Conclusions**: It was found that most of the teenagers evaluated (68.25%) had a low overall risk index for suicidal tendencies. However, when you add up the moderate and high overall risk index, we see that 31.75% would have suicidal tendencies at a dangerous level, which could lead them to consider suicide.

Keywords: Suicide, Adolescents, Orientation

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia el suicidio ha sido un fenómeno que ha estado presente en todas las culturas y sociedades, sin importar religión, clase social, raza, afectando desde niños hasta ancianos y se presenta por múltiples causas, entre los cuales se encuentra, el factor económico, medios de comunicación, aspectos emocionales;

como la baja autoestima, carencia de afecto, problemas familiares y de relaciones interpersonales (1,2). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2018, cerca de 800,000 personas se han quitado la vida y muchos más tuvieron un intento de suicidio, siendo las tasas de suicidio más frecuentes en adolescentes (3). En Estados Unidos representa la segunda causa de muerte después de los accidentes (2,3).

Por otra parte, las estimaciones realizadas indican que en el 2025 las víctimas podrían ascender a 1.53 millones y de 10 a 20 veces más personas realizaran intento de suicidio, es decir aproximadamente una muerte cada 20 segundos y un intento cada 1-2 segundos (4). En Latinoamérica la mayor incidencia de la conducta suicida se presenta en jóvenes entre los 15 y 19 años de edad. Este incremento hace necesario el desarrollo efectivo de programas de prevención, requiriendo la clara y temprana estimación de los factores de riesgo de la conducta suicida (5).

En Venezuela se pudo calcular una tasa de suicidio aproximadamente entre 1995 y 2012, mayor pico de incidencias, con una tasa promedio anual de 4,99 por 100.000 habitantes; mientras que entre 2003 y 2012 la cifra fue 3,26. 2,7 millones de personas, con promedio de edades de 12 años a 15 años, con tendencias conductuales suicidas (6).

El 10 de septiembre se celebra en todo el mundo el Día Mundial de la Prevención del Suicidio. En Venezuela, se trata de un fenómeno social que viene en ascenso. El Observatorio Venezolano de la Violencia nos informa de la data más reciente (Se carece de cifras oficiales), reportadas por el "**Informe Anual 2021 de Violencia Autoinfligida**", levantado por el Observatorio Venezolano de Violencia (OVV), donde se identificaron 340 casos de presuntos suicidios en todo el territorio nacional. En 2020 se conocieron 306, lo que marca una tendencia de aumento en el número de hechos conocidos en relación al año 2019 (11,1%) (7).

En Venezuela es muy probable que las cifras de suicidios se estén incrementando producto de la emergencia humanitaria compleja que se vive desde aproximadamente 2014 hasta nuestros días. Desde marzo de 2020, se le sumó la pandemia y todos sus impactos asociados, combinación que podría haber agravado la situación en muchos hogares venezolanos y llevado a más individuos de diferentes edades a atentar contra sus vidas (8).

Llama la atención el incremento en entidades como Mérida (de 18 en 2020 a 45 casos en 2021), Guárico (17 a 38) y Delta Amacuro (de 1 a 9), en ese orden de importancia. El caso de Mérida es emblemático (8,9).

Entre los factores más destacados se encuentran el estilo emocional del merideño del ámbito rural, lo que se refiere a la manera como estas personas pueden reaccionar ante los acontecimientos que tienen un significado afectivo, que viene a ser el efecto conjunto de los genes del individuo y del entorno donde

se desenvuelve. En otros términos, lo precedente se refiere a la personalidad e incluso cultura del merideño rural, vinculados estos aspectos con la dificultad para expresar los sentimientos negativos. Otro elemento identificado en el ámbito rural es la endogamia, la cual se practica con frecuencia en estas zonas y puede tener alguna relación con la aparición recurrente de casos de perturbaciones mentales. La esquizofrenia, la bipolaridad, la depresión, son ejemplos de esas patologías que pueden ser heredadas a los descendientes. Asimismo, algunos profesionales señalan que en experiencias de campo han observado un importante número de individuos (sobre todo niños) que padecen trastornos como el autismo y déficit intelectual, que son trastornos del neurodesarrollo y que pueden estar relacionados con autolesiones o autoagresiones. El OVV, también menciona que los sexos masculinos continúan siendo las principales víctimas de muertes por suicidio en una proporción 78,5% versus 21,5% en relación a las mujeres (9).

En cuanto a los rangos de edad, los estudios previos, la mayor proporción de casos (más de la mitad) de suicidio se concentraba en personas jóvenes (entre 17 y 24 años) (8).

Durante esta última década no se han actualizado cifras sobre intentos de suicidios en adolescentes, mucho menos sobre indicios o situaciones que puedan llevar a los jóvenes a cometer este tipo de acto. Por lo cual se decide realizar una investigación, con la finalidad de tener una actualización vigente sobre este tema, para poder orientar no solo a los padres sino también a todo el personal de salud sobre el comportamiento del adolescente, y de este modo prevenir el suicidio, el cual continúa siendo un problema de salud pública.

En términos de su definición, el suicidio es definido por la OMS, como todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o un daño, con un grado variable de la Intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil (3).

El suicidio de los niños y de los adolescentes es una tragedia que afecta no sólo al individuo, sino a la familia, a los padres, y a la comunidad en la cual vivió el joven. Es considerado a menudo como un fracaso personal por los padres, amigos, maestros, médicos y psicólogos, que se reprochan muchas veces infundadamente, a sí mismos el no haber percibido las señales de alerta (10,11).

Tamién es visto como un fracaso por la comunidad, pues actúa como señal vívida de que la sociedad moderna, a menudo, no procura un entorno sano, nutriente, contenedor en el cual los niños y adolescentes puedan crecer y desarrollarse. La frecuencia del suicidio infanto- juvenil se ha acrecentado, pero también los medios para prevenirlo adecuadamente (12).

Actualmente, los suicidólogos definen al suicidio como un estado multifacético y multifactorial que contiene elementos biológicos, culturales, sociológicos,

interpersonales, lógicos, conscientes, inconscientes y filosóficos, para satisfacer ciertas necesidades psicológicas. Así, por ejemplo, define al suicidio como un acto consciente de auto-destrucción, resultado de un malestar multidimensional en un individuo que enfrenta un problema, donde el suicidio es percibido como la mejor alternativa (13).

Respecto a los motivos que llevan a una persona a decidir quitarse la vida, se considera que el suicidio puede presentarse por: conflictos familiares, alcoholismo, drogadicción, depresión, personas con trastornos psiquiátricos, problemas económicos, y situaciones conflictivas en el entorno social y aspectos culturales (14).

Otras de las causas, son los pensamientos suicidas, con mayor frecuencia, pueden ser el resultado de sentimientos que son difíciles de afrontar cuando se presenta una situación abrumadora en su vida. Creen que no hay esperanza en el futuro, puede que piensen, equivocadamente, que el suicidio es una solución. Es posible que experimenten una especie de estrechez de criterio donde, en medio de una crisis, sientan que el suicidio es la única salida, también puede existir una propensión genética al suicidio. Las personas que cometen suicidio o que tienen pensamientos o conductas suicidas suelen tener antecedentes familiares de suicidio (15,16).

La conducta suicida, esta se define como el conjunto de comportamientos, que tienen como característica principal la tendencia autodestructiva, realizada por algunas personas, con la principal finalidad de producirse daño, o incluso la muerte misma, de manera inconsciente o incluso consciente. En este sentido se concibe como los actos auto-infringidos, de forma deliberada y con criterios de voluntad, en el que intervienen sucesivamente tres etapas, llamadas en conjunto proceso suicida: el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí. Por otro lado, se entiende como "conducta suicida" a toda acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independiente de la letalidad, del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo (17).

Dentro de las categorías de la conducta suicida se describe:

Ideaciones suicidas: Se conceptualiza como el conglomerado de deseos, pensamientos, y lo que se denomina la intencionalidad de morir, incluyendo las ideas de fantasía, y representaciones mentales, sobre el hecho de su propia muerte (18).

Para-suicidios: Se establecen como aquellas actitudes suicidas, o gestos, que conllevan a la predisposición de planes, e incluso el o los actos mismos de tendencia suicida; lo que debe traducirse como un problema que requiere vigilancia estricta, ayuda, prestar atención al sufrimiento, y visualizarlos como una solicitud de

ayuda, por lo que se debe tomar las medidas de forma inmediata para evitar la muerte en un próximo intento (19).

Suicidio: Es el acto o hecho cuyo desenlace es la muerte, de forma directa o bien indirecta, donde la víctima se encuentra consciente de lo que está realizando y del objetivo que quiere lograr (20).

Otra de las definiciones que es importante tener presente es lo concerniente a las orientaciones suicidas, las cuales se definen como aquellos procesos desde una perspectiva cognitiva, e incluso afectiva, basados en una búsqueda o pérdida total del sentido de la vida, sufrimiento y angustia continua, preocupaciones sistémicas, ideas delirantes, que llevan a la autodestrucción, lo que se denomina ideación u orientaciones suicidas (21).

En relación a los signos o señales de alerta habituales en la conducta suicida se citan:

(a) Estado de ánimo triste y decaído; (b) Perdida de interés y placer en las actividades normales; (c) Dificultad para dormir (insomnio) o dormir excesivamente; (d) Intentos previos de autolesión; (e) Cambio en el nivel de las actividades: la persona se torna letárgica, retraso psicomotor y agitada; (f) Falta de apetito y pérdida de peso o hambre acentuada y aumento exagerado de peso: (g) Perdida de la energía mostrando gran fatiga; (h) Apariencia física afligida; (i) Auto concepto negativo; (j) Sentimientos de culpa; (k) Sentimientos de carecer de valor; (l) Aislamiento; (m) Dificultades para concentrarse, aparentes o reales; (n) Se muestra indeciso; (o) Ideas recurrentes de muerte o suicidio; (p) Llanto constante; (q) Negación de la conducta de encierro y poca elaboración del incidente delincuencial; (r) Despedidas inusitadas; y (s) Obsesión y comentarios sobre la muerte (22-24).

Dentro de los factores de riesgo, debe prestarse atención si se encuentra alguno de los siguientes factores de riesgo: (a) Depresión; (b) Alcoholismo; (c) Adicción a sustancias; (d) Psicosis; (e) Intentos previos de intentos de suicidio o autolesiones; (f) Aislamiento; (g) Enfermedad física (posibles consecuencias vitales, crónica o que provoque gran debilitamiento); (h) Historia familiar de trastornos del estado de ánimo, alcoholismo o suicidio; (i) Duelo, pérdida reciente o preocupación con el aniversario de una pérdida traumática; (j) Desestabilización familiar debido a una pérdida, abuso personal o sexual, o violencia; (k) Trauma reciente (físico o psicológico); (l) Plan específico de suicidio formulado; (m) Abandonar pertenencias preciadas o cerrar/arreglar asuntos; (n) Cambios radicales en el comportamiento o estado de ánimo; y (o) Exhibir una o más emociones negativas intensas poco características (24-26).

Dentro de las dimensiones de orientación suicida, se destacan:

a) **Desesperanza**: Basado en un sentimiento de no tener expectativas respecto a algo, al futuro, siento una emoción clave para una posible ideación suicida (7).

b) **Baja autoestima**: Se demuestra generalmente con desánimo, tendencia a la depresión, visualización negativa de sí mismo, sentimiento de rabia, enfado y hay una cierta incapacidad para expresarse.

c) **Incapacidad para afrontar emociones:** Falla la inteligencia emocional y el manejo de las emociones, surgen sentimientos y pensamientos negativos, así como la dificultad de encontrar el equilibrio.

d) **Aislamiento Social**: Se da un sentimiento de soledad, de abatimiento, que produce la sensación de soledad, que se traduce en el aislamiento, muchas veces por problemas familiares o fracasos amorosos.

e) **Ideación Suicida:** Es un fenómeno, que se da con más prevalencia en adolescentes, y adultos jóvenes, con planes e ideas para cometer intentos de suicidios, en personas que no han realizado aun algún intento de autolisis (27).

Otro aspecto importante a tener en cuenta es el modelo continúo y el proceso suicida, que es lo que se denomina como la posible vinculación o relación de las orientaciones suicidas, con el hecho como tal, el intento de acabar con la vida misma, los especialistas han realizado esta vinculación con las diferencias y semejanzas entre los individuos que han reportado comportamientos de este tipo, los cuales se caracterizan por presentar algunos de riesgo de tipo psicosocial, hay índice en personas con trastornos psiquiátricos, y adversidades circunstanciales (28).

En un estudio realizado se encontró que todos los jóvenes tenían factores de riesgo, sin embargo, hubo una elevada prevalencia en aquellos que tenían problemas familiares crónicos, adicciones y depresión (29).

En este sentido, existe lo que se denomina como el ciclo o proceso del suicidio, donde los signos de alarma son la ideación en primera instancia, generalmente pasiva, el propio intento, y la consumación como tal, hay un cálculo que describe que, de cada 10 intentos de suicidio, 8 fueron planeados, y pensados con anterioridad (30). Por tanto, es de valor tanto teórico como clínico el tomar en cuenta los factores de riesgo asociados tanto a la ideación como a la planificación suicida.

En este sentido, la temática de las orientaciones suicidas, se deben estudiar desde diversos procesos en cuanto a los aspectos cognitivos y los propios de la afectividad, que se inician e incluso se sostienen con la falta de sentido a la vida, no encuentran un sentido al vivir, o seguir viviendo, dando paso a una angustia constante, ideas de autodestrucción, perdida del auto cuidado, preocupaciones constantes, hasta ideas delirantes. Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, y los escasos estudios realizados, se realizó esta investigación cuyo objetivo

general fue identificar el nivel de orientación suicida en adolescentes en edades comprendidas entre 12 a 15 años de edad.

MÉTODOLOGIA

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, con diseño no experimental, prospectivo y transversal, donde se evaluaron 63 alumnos de la secundaria del turno de la mañana de la Unidad Educativa Víctor Capo, ubicada en la Parroquia Rómulo Betancourt del Municipio Cabimas, estado Zulia (Venezuela), durante el periodo comprendido entre septiembre del 2020 a septiembre del 2022. La muestra fue no probabilística intencional, las cuales cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: Adolescentes de ambos sexos, con edades entre los 12 a 15 años, que aceptaron participar en el estudio. Fueron excluidos del estudio los adolescentes de ambos sexos en edades entre 12 a 15 años que se negaron participar en el mismo.

Para llevar a cabo la investigación, se procedió a solicitar el permiso del Director de la Unidad Educativa Víctor Capo, para evaluar a los adolescentes entre 12 a 15 años. En todos los casos la participación fue voluntaria, sin retribución económica y bajo consentimiento informado, tanto de los adolescentes como de padres o tutores, en los casos en que ello correspondiera. Todas las etapas del estudio siguieron las recomendaciones para la investigación con seres humanos establecidas en la Declaración de Helsinki (31), se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos.

La técnica de recolección de datos que se utilizó en esté estudio fue la encuesta diseñada por el investigador responsable, previamente validado por dos expertos en la materia, donde se incluyeron las características epidemiológicas (edad, sexo, año que cursa, y procedencia). Para evaluar el nivel de orientación suicida se aplicó el cuestionario del Inventario de Orientación Suicida (ISO – 30) elaborado por Casullo M (15), los cuales fueron aplicados en constante supervisión a fin de solucionar o aclarar las dudas que pudieran tener las estudiantes. Este instrumento consta de 30 ítems, respondidos con una escala tipo Likert de cuatro opciones (Totalmente en desacuerdo, En parte en desacuerdo, En parte de acuerdo y Totalmente de acuerdo). Las opciones se evalúan de 0 a 3 puntos. La suma de las respuestas numéricas se expresa en un índice global de orientación suicida.

Con relación a las dimensiones y los ítems contenidos en el ISO – 30, se encuentran:

Dimensión Desesperanza (2, 10,15, 20, 25, 30);

Dimensión Bajo Autoestima (1, 6, 14,19,24, 29);

Dimensión Incapacidad para afrontar emociones (3, 11, 16, 21, 26, 32);

Dimensión Soledad Social (4, 12,17, 22,27,33)

y Dimensión Ideación Suicida (5, 13, 18,23,28,34).

Teniendo un sumatorio final para dar un resultado en porcentaje para el índice global de riesgo de orientación suicida (34).

En ese contexto, el análisis del puntaje bruto permite clasificar el riesgo suicida en tres niveles: Los puntajes menores a 30, son indicadores de un nivel bajo de riesgo suicida, los puntajes iguales o mayores a 30, indican un nivel moderado de riesgo suicida, por último, los puntajes iguales o mayores a 45 son indicadores de un nivel alto de riesgo suicida.

El análisis estadístico se realizó mediante la estadística descriptiva. Los resultados fueron expresados como valores absolutos y relativos, así como medidas de tendencia central como la media y la desviación típica. Se utilizó el paquete estadístico. Se empleó el paquete estadístico SPSS versión 23 para Windows y los resultados fueron representados en tablas.

RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados obtenidos, acompañados de su respectiva explicación:

Según la edad fueron 16 alumnos de 12 años (25,40%); 12 de 13 años (19,04%; 19 de 14 años (30,16 %); 16 de 15 años (25,40%), siendo la edad media de la población evaluada de 13,6 años con una desviación estándar de ± 1,1 años.

Según el sexo, 34 de los adolescentes fueron masculino (53,97%) y 29 femeninos (46,03%).

De acuerdo al nivel de escolaridad, 16 de los estudiantes (25,40%) eran cursantes del 1er año del ciclo diversificado, 23 del 2do año (36,51%), 18 de 3er año (28,57%), y 6 de 4to año (9,52%).

Estos resultados denotan que la mayor proporción de estudiantes evaluados correspondió a los de 2do año.

En la distribución según procedencia, se aprecia que 48 eran del área urbana (76,19%) y 15 del área rural (23,81%). Lo anterior se debe a que la Unidad Educativa evaluada se encuentra ubicada en el área urbana del Municipio Cabimas del estado Zulia.

En la Tabla 1, se muestra los resultados de las dimensiones de la variable nivel de orientación suicida, como se observa en la dimensión Desesperanza 47 de los adolescentes (74,61%) poseen el nivel bajo de esta dimensión; mientras que 12 (19,04%) tienen nivel moderado; por último 4 (6,35%) posee el nivel alto. Como se puede apreciar, el nivel que más resalta es el bajo, de lo cual se infiere que

Tabla 1.
Distribución según nivel de orientación suicida en su dimensión desesperanza y dimensión baja autoestima

Niveles de orientación suicida	No	%
Desesperanza		
Bajo	47	74,61
Moderado	12	19,04
Alto	4	6,35
Baja autoestima		
Bajo	42	66,67
Moderado	13	20,63
Alto	8	12,70

n= 63

los estudiantes presentan pocas conductas de falta de motivación, pesimismo, desaliento o aflicción. Con respecto a la Dimensión Baja Autoestima, 42 (66,67%) de los adolescentes poseen el nivel bajo de esta dimensión; por otra parte, 13 (20,63%) tienen el nivel moderado; por último, 8 (12,70%) posee el nivel alto. En esta dimensión también resalta el nivel bajo, por tanto, estos adolescentes poseen un bajo nivel de baja autoestima, es decir, tienen una percepción, pensamientos y juicios positivos de sí mismos.

En la Tabla II, se aprecia el nivel de orientación suicida en sus dimensiones Incapacidad para afrontar emociones y Soledad social, donde se resalta en la dimensión incapacidad para afrontar emociones un nivel moderado representado por 37 de los adolescentes (58,73%); mientras que 20 presentó un nivel bajo (31,75%) y 6 poseen el nivel alto (9,52%); por estos resultados, se puede inferir que los adolescentes no tienen la capacidad de autorregulación y autodominio ante situaciones adversas. En la dimensión Soledad social, se puede observar que resalta en 49 de los adolescentes, un nivel bajo con el (77,78%), seguido del nivel moderado en 9 (14,29%); y, por último 5 poseen el nivel alto (7,93%), por lo que estos resultados denotan que los adolescentes no presentan algunas actitudes de soledad y aislamiento de su entorno social.

En la Tabla III, se describe el nivel de orientación suicida en lo referente a la Dimensión Ideación Suicida, apreciándose que 55 de los adolescentes (87,30%) tuvieron un nivel bajo; 5 nivel moderado (7,93%) y 3 un nivel alto (4,77%). En este caso, también resalta el nivel bajo, por tanto, estos adolescentes presentan pocos indicadores de tener pensamientos que los impulsen a tener una conducta suicida.

Tabla 2.
Distribución según nivel de orientación suicida en su dimensión afrontamiento de emociones y dimensión soledad social

Niveles de orientación suicida	No	%
Afrontamiento de Emociones		
Bajo	20	31,75
Moderado	37	58,73
Alto	6	9,52
Soledad Social		
Bajo	49	77,78
Moderado	9	14,29
Alto	5	7,93

n= 63

Tabla 3.
Distribución según nivel de orientación suicida en su dimensión ideación suicida

Ideación Suicida	No	%
Bajo	55	87,30
Moderado	5	7,93
Alto	3	4,77
Total	63	100

n= 63

La Tabla IV, muestra el índice global de riesgo de orientación suicida en los adolescentes evaluados a través del ISO-30, apreciándose que 43 presentó un nivel bajo (68,25%); 15 nivel moderado (23,81%) y 5 un nivel alto (7,94%). Estos resultados denotan que la mayoría de los adolescentes presentaron un riesgo bajo para tener una conducta suicida; sin embargo, es preciso señalar que hubo un porcentaje importante de 20 de los adolescentes (31,75%) con pensamientos suicida, siendo esto un riesgo probablemente alto que los impulsen a tener una conducta suicida.

Tabla 4.
Distribución según índice global de riesgo de orientación suicida en los adolescentes evaluados

Nivel de Riesgo	No	%
Bajo	43	68,25
Moderado	15	23,81
Alto	5	7,94
		100
Total	63	

n= 63

DISCUSIÓN

El suicidio es una causa de muerte potencialmente prevenible y es considerado un problema de salud pública a nivel mundial. La conducta suicida es un fenómeno complejo donde convergen factores biológicos, psicológicos y socioculturales. La suicidalidad se da en un continuo desde ideas de muerte, pasando por la planificación suicida hasta el suicidio consumado (35).

Esta conducta ha tenido un impacto estadístico de corte ascendente en las últimas décadas sobre todo en los adolescentes, ya que en esta etapa se presentan cambios fisiológicos y psicológicos que llevan al individuo a convertirse en personas vulnerables. Algunos de los factores de riesgo que rodean la presencia de conductas negativas están asociados con el consumo de sustancias psicoactivas, la depresión, los cambios de personalidad, entre otras; que comprometen su integridad física y psicológica llevándolos a pensar que el suicidio es la única salida a sus problemas (36).

Con relación a las características de la muestra estudiada, se evidencia que la edad media correspondió a 13,6 ± 1,1 años, con un mayor porcentaje de adolescentes del sexo masculino (53,97%), pertenecientes en su mayoría al segundo (36,51%) y tercer año (28,57%) de educación secundaria, procedentes en el 76,19% de los casos del área urbana. Resultados diferentes fueron reportados por Varón y col, en un estudio realizado en Colombia donde se analizó los factores de riesgo presentes en la ideación suicida de 124 adolescentes de media vocacional, con edades comprendidas entre 14 a 18 años, no obstante, el género femenino tuvo la mayor frecuencia (62,10%) en comparación al género masculino (37,90%) (20).

Igualmente, el mismo autor, realiza un análisis desde la Psicología Forense enfocando los Factores de riesgo de la ideación suicida en adolescentes de media vocacional de dos Instituciones Educativas de la localidad de Fontibón (20). Otros autores en su estudio determinaron la asociación del riesgo de orientación suicida con variables sociodemográficas y los indicadores de salud mental: dominios de depresión, funcionamiento familiar, vulnerabilidad familiar y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de la zona noroccidental de Medellín, en donde participaron 604 adolescentes escolarizados de los cuales 48% eran hombres y 52% mujeres, con promedio de edad de catorce años (de = 1,9) para ambos sexos (21). Diferentes resultados fueron obtenidos en el estudio realizado por Saravia donde el promedio fue 15,05 años, destacando que 86% de la muestra se concentró en mujeres de 14 a 16 años (14).

Con respecto a la distribución según la escolaridad de los adolescentes se obtuvo mayor participación en cursantes del 2° año (36,51%) y 3° año (28,57%) de bachillerato, así mismo la procedencia con mayor afluencia fueron los provenientes de zonas urbanas (76,19%) cercanas a la institución educativa. Es importante recalcar que no se encontraron datos comparativos con otras investigaciones previas referentes a los resultados de esta investigación.

De acuerdo al nivel de riesgo de orientación suicida mediante la aplicación del ISO-30, con respecto a la dimensión Desesperanza, se obtuvo una mayor proporción de adolescentes con nivel bajo; por lo que se infiere que estos adolescentes presentan pocas conductas de falta de motivación, pesimismo, desaliento o aflicción. Estos resultados guardan relación con lo que sostiene Hancco y Lazo realizada en Perú, mostrando con respecto a la dimensión Desesperanza, que el 42,4% de los estudiantes tuvieron el nivel bajo en esta dimensión; mientras que, el 31.8% poseen el nivel medio; y, por último, el 25.8% el nivel alto. (2). De la misma manera concordamos con los resultados encontrados por Carranza (4), donde el nivel que más resalta en esta dimensión fue el bajo.

En ese mismo sentido, se determinó que la gran parte de los adolescentes presentaron un nivel bajo en relación a la dimensión Baja autoestima; sin embargo, llama la atención que hubo una proporción importante de adolescentes que presentaron nivel de riesgo de orientación suicida moderado y alto (20,63% y 12,70% respectivamente); por lo que se infiere que estos adolescentes tienen una alta probabilidad de asociación con la conducta suicida. Según Cuesta, la relación entre baja autoestima y el intento suicida es muy alto ya que el adolescente está en un desenvolvimiento estresante de alta competitividad para ser aceptado por lo que también está altamente expuesto a conductas autodestructivas. (33).

De acuerdo a lo planteado por Miranda y col, en un estudio sobre "Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados", mostró que los niños y niñas que presentaron un nivel de autoestima bajo tenían

3.7 veces mayor riesgo de presentar ideación suicida (26). Igualmente, Berrocal y Soto, en su estudio titulado "Nivel de riesgo de suicidio y factores asociados en alumnas del 3er al 5to año de secundaria en Institución Educativa de Chiclayo", encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de riesgo de suicidio y la probabilidad de depresión y baja autoestima (p: <0.001) (17); en síntesis el nivel de riesgo de orientación suicida está presente en los adolescentes con ánimo negativo, autoestima negativa, vulnerabilidad de la cohesión familiar, vulnerabilidad en la participación en la solución de problemas, vulnerabilidad en la búsqueda de apoyo profesional, vulnerabilidad de la satisfacción con su vida y la consulta por problemas con sustancias psicoactivas. Resultados similares fueron encontrados por Cañon y Carmona, en su investigación denominada Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes, donde halló que los estudiantes que presentan baja autoestima, tienen dificultades para adaptarse a situaciones adversas y tienden a la atribución externa de las consecuencias de sus acciones, por lo que, pueden presentar un mayor riesgo de conducta suicida (11).

En relación a la dimensión Incapacidad para afrontar las emociones, se observó en el 58,73% de los adolescentes un nivel de riesgo moderado, por lo que se infiere que la mayoría de los adolescentes tienen dificultades para la respuesta adaptativa al estrés, es decir son los esfuerzos cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas o internas apreciadas como excedentes o que desbordan los recursos del individuo. Estos resultados, concuerdan con los obtenidos por Chacaliaza, en su estudio "Afrontamiento al estrés y orientación suicida en estudiantes adolescentes", donde obtuvo una relación negativa entre las dimensiones del afrontamiento al estrés y la dimensión incapacidad para afrontar emociones de la variable orientación suicida en estudiantes de una institución educativa del Departamento de Ica- Perú (37).

No obstante, establecemos discrepancias con los hallazgos de Hancco y Lazo (2), en la dimensión Incapacidad para afrontar emociones, donde resalta el nivel bajo, ya que el 47,7% de las estudiantes poseen este nivel; así también, el 33.3% de las estudiantes poseen el nivel medio; por último, el 18.9% de las estudiantes poseen el nivel alto; por estos resultados, se puede inferir que las estudiantes tienen la capacidad de autorregulación y autodominio ante situaciones adversas.

Por otra parte, este mismo autor (2) en la dimensión Soledad y Aislamiento, resalta el nivel medio con el 39,4% de los estudiantes, seguido del nivel bajo con él 38,6%; y, por último, el 22% con el nivel alto. Resultados similares a lo encontrado en este estudio donde la mayoría de los estudiantes presentaron un nivel bajo. Por estos resultados se puede decir que los adolescentes de 12 a 15 años de la Unidad Educativa Víctor Capo presentan algunas actitudes de soledad y aislamiento de su entorno social. En la misma línea, en el estudio realizado por Medina y col, titulado "Factores psicosociales asociados a la conducta suicida en adolescentes",

mostraron en el 55,4% un nivel bajo en la dimensión incapacidad para afrontar emociones (16).

En ese mismo orden de idea se analizó la dimensión Ideación suicida, donde el 87,30% de los adolescentes obtuvieron un nivel bajo en esta dimensión, por lo que se muestra que la mayoría de ellos no tienen conductas suicidas. Este resultado tiene similitud con Hancco y Lazo (2) en lo referente a la Ideación Suicida, un gran porcentaje de estudiantes (47%) señalan que poseen un nivel bajo, en este caso, también resalta el nivel bajo, pues el 47% así lo refleja, por tanto, estos estudiantes presentan pocos indicadores de tener pensamientos que las impulsen a tener una conducta suicida (2). No obstante, estos resultados difieren a los reportados por Miranda y cols, quien encontró un porcentaje alto (29.2%) de ideación suicida en niños escolarizados, población que normalmente se considera de bajo riesgo para este tipo de comportamientos (26). Tal situación apunta a la necesidad de seguir estudiando el fenómeno con otro tipo de aproximaciones, que permitan corroborar estos resultados y explorar factores del contexto que pudieran favorecer su presencia.

Por otra parte, al revisar el índice global de riesgo de orientación suicida mediante el análisis estadísticos de las 5 dimensiones estudiadas de acuerdo al ISO-30, se mostró que el 68,25% de los adolescentes presentaron un nivel de riesgo de orientación suicida bajo; sin embargo, es preciso acotar que un porcentaje importante de ellos presentaron un riesgo moderado y alto, lo que puede inferirse que existen factores asociados a la conducta suicida, tales como la desesperanza y culpa los cuales prevalecieron elevados en este estudio. Al respecto, Medina y col. (16), indican que, de los 734 estudiantes, 561 es probable que no tengan riesgo de suicidio lo cual corresponde al 76,4% de la población total y 173 aparecen en riesgo lo que corresponde al 23,6% de la población. En ese mismo orden, Loboa y Morales (32) refieren una prevalencia del riesgo de orientación suicida en el nivel alto estuvo representada por el 25,7% de la población, superando así los hallazgos del estudio de Paniagua y cols. (21) que reportaron una prevalencia para este indicador situada en el 20,6% a partir de la situación de los 624 adolescentes escolarizados. Del mismo modo, Berrocal y Soto (17) encontraron que el 54,9% de los alumnos de la institución educativa tiene algún riesgo de suicidio y el 27,4% presentó alto riesgo de suicidio. De igual forma el estudio realizado por Puma (34) en Perú encontró que la frecuencia de intento de suicidio entre los años de estudio fue de 3,2%.

Lo anterior evidencia que la presencia de ideas suicidas es una problemática que, si no se atiende y previene, permanece y predispone a la ejecución de intentos y/o suicidios en años posteriores. Sin embargo, aún no es claro cómo operan estos factores en el caso de la ideación y el intento de suicidio en los adolescentes, particularmente en lo que se refiere al papel de la familia, existiendo pocos

estudios en Venezuela que documenten un análisis para el caso de niños, niñas y adolescentes. Finalmente, es necesario tener en cuenta los factores protectores que se pueden utilizar para prevenir la conducta suicida, ya que así se puede disminuir esta problemática que se encuentra a nivel mundial y se le da más valor a la vida.

CONCLUSIONES

De los 63 adolescentes estudiados, la edad media fue de 13,6 años, siendo el sexo masculino el más evaluado. La mayor proporción de adolescentes eran cursantes del segundo año del ciclo diversificado, procedentes del área urbana. De acuerdo al nivel de riesgo de orientación suicida en su dimensión Desesperanza se encontró un mayor porcentaje de adolescentes con bajo riesgo a cometer actos suicidas; al igual que la dimensión baja autoestima. Sin embargo, hubo un porcentaje importante de adolescentes con autoestima baja caracterizado por sentimientos de insatisfacción consigo mismos y no tener la confianza para asumir responsabilidades, muchas veces estas personas siempre intentan llegar a la perfección, pero de manera equivocada.

En lo referente a la dimensión Incapacidad para afrontar emociones se encontró un predominio en el riesgo moderado para conducta suicida; no siendo igual en la dimensión Soledad social y la dimensión Ideación suicida, donde la mayor proporción de casos se concentraron en un nivel bajo.

En relación al índice global de riesgo a orientación suicida en los adolescentes de 12 a 15 años pertenecientes de la Unidad Educativa Víctor Capo, del Municipio Maracaibo prevalece el bajo nivel de riesgo suicida, pero con un porcentaje de 30% para un riesgo moderado de riesgo a una orientación suicida, por lo tanto, existe una alta probabilidad de que las estudiantes cometan actos suicidas.

RECOMENDACIONES

Tal y como lo señala la OMS, el tema del suicidio es corresponsabilidad de todos, familiares, amigos, vecinos y la sociedad en general, además del papel fundamental que puede jugar el Estado en el diseño y ejecución de políticas públicas. Todos podemos contribuir en su prevención.

Realizar actividades Psicoeducativas dirigidas a los estudiantes con riesgo de conducta suicida, para fortalecer su capacidad de adaptación a situaciones adversas o estresantes, y de esta forma contribuir al desarrollo integral de las adolescentes.

Que la Institución Educativa realice actividades preventivas promocionales en coordinación con un equipo multidisciplinario, conformado principalmente por médicos y psicólogos, para mejorar la salud mental de aquellos adolescentes que

tengan un alto nivel de riesgo suicida, y reducir la probabilidad que se efectúe un acto suicida.

Desarrollar talleres preventivos sobre riesgo suicida, dirigido a los docentes y tutores para que adquieran recursos y capacitación que les permitan desempeñar de manera efectiva su labor educativa y así enseñarles a las adolescentes como abarcar cualquier problema que se les presente para no llegar a situaciones extremas.

Detectar en la edad escolar el proceso que lleva a las conductas suicidas y los factores que se le relacionan. De esta manera se pueden crear programas de prevención orientadas a los niños y prevenir que en la adolescencia se conviertan en parte de la cifra de suicidios.

Promover la creación de políticas de salud, para la restricción del acceso a los métodos empleados para el plan suicida, siendo clave para la prevención del intento de suicidio.

REFERENCIAS

1. Oyanadel C, Carrasco H, Latorre J, Peñate W, Sepúlveda C. Reduciendo la ideación suicida en adolescentes con terapia de perspectiva temporal. Un estudio experimental. Acta Colombiana de Psicología. 2021; 24(1):63-71.
2. Hancco K, Lazo G. (2019). Resilencia y riesgo suicida en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa Nacional. Tesis para optar al título de Psicóloga. Universidad Nacional de San Agustin. Arequipa, Perú. Disponible en: http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10446/PShachkn.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Organización Mundial de la Salud. (2018). Public health action for the prevention of suicide. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166 /1/97892 41503570_eng.pdf
4. Carranza C. (2019). Riesgo Suicida y resiliencia en adolescentes víctimas de violencia psicológica del nivel secundario de dos Instituciones Educativas Públicas de Los Olivos 2018. Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología. Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12692/25473
5. Huanca J. (2017). Comportamientos de riesgo suicida en adolescentes escolarizados de las instituciones educativas "Comercial 45" Puno y Gran Unidad Escolar "José Antonio Encinas" Juliaca. Tesis de grado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional del Altiplano: Perú. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/4943

6. Galarza A, Fernández M, Castañeiras C, Freiberg A. Análisis Psicométrico del Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30 en Adolescentes Escolarizados (14-18 años) y Jóvenes Universitarios Marplatenses. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP. 2019;51(2):135-147. Disponible en: https://www.aidep.org/sites/default/files/2019-04/RIDEP51-Art10.pdf
7. Observatorio Venezolano de Violencia (OVV). 2021. Los suicidios en Venezuela son un problema social. Disponible en: https://elpitazo.net/sucesos/suicidios-venezuela-problema-social/
8. Crespo F. Aproximación descriptiva al fenómeno del suicidio en el estado de Mérida, Venezuela. Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad. 2019; 24:167-185
9. Observatorio Venezolano de Violencia (OVV). 2022. Disponible en: https://elestimulo.com/de-interes/2022-08-08/suicidios-en-merida-venezuela-ovv/
10. Chu C, Buchman J, Stanley I, Hom M, Tucker R, Hagan C, Rogers M, Podlogar M, Chiurliza B, Ringer F, Michaels M, Patros C, Joiner T. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. Psychol Bull. 2017;143(12):1313-1345.
11. Cañón S, Carmona J (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. Rev Pediatr Aten Primaria. 2018;20(80):387-397.
12. Abbad K. Resiliencia e ideación suicida en adolescentes de 4to y 5to de secundaria en instituciones educativas públicas del distrito de comas 2018. Universidad Cesar Vallejo, Lima. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12692/30495
13. Gonçalves A, Sequeira C, Duarte J, de Freitas P. Suicidal ideation on higher education students: influence of some psychosocial variables. Arch Psychiatr Nurs. 2016; 30:162-66.
14. Saravia E. Factores de riesgo asociados a intento de suicidio en adolescentes. Tesis para optar al título Doctor en Medicina. 2017. Universidad San Martin de Porres. Lima, Perú. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2846/kogan_b.pdf? seguence=1&isAllowed=y
15. Casullo M. Riesgo suicida en estudiantes universitarios. Epidemiología y prevención. Desarrollos en Psiquiatría Argentina. 2017;2(4):33-38.
16. Medina A, Herazo M, Barrios A, Rodelo Y, Salinas L. (2017). Factores psicosociales asociados a la conducta suicida en adolescentes. Arch.psicol. 2017; 25(1):49-57.

17. Berrocal H, Soto V. Nivel de riesgo de suicidio y factores asociados en alumnas del 3er al 5to año de secundaria en Institución Educativa de Chiclayo. Rev Exp Med. 2016;2(3):90-94.

18. Speckens A, Hawton K. Social problem solving in adolescents with Suicidal behavior: a systematic review. Suicide and life-threatening behavior. 2015;35(4): 365-387.

19. 19. Organización Mundial de la Salud OMS. (2017). Suicidio. Recuperado de http://www.who.int/ mediacentre/factsheets/fs398/es/

20. Varón L, Jiménez W. Factores de riesgo de la ideación suicida en adolescentes de media vocacional de dos Instituciones Educativas de la localidad de Fontibón. Un análisis desde la Psicología Forense. Enfoques. 2015;1(2):103–125. Disponible en: https://doi.org/10.24267/23898798.168

21. Paniagua R, González C, Rueda S. Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. Rev. Fac. Nac Salud Pública. 2016;32(3):314-321.

22. Sobrinho A, Campos R. Perceção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos. Aná Psicológica. 2016; 34:47-59.

23. Villagómez R, Balcázar A, Paz R. Suicidio en jóvenes. Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México.2005;2:54-55. Disponible en: http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no48- 2/RFM48204.pdf

24. Opperman K, Czyz E, Gipson P, King C. (2015). Connectedness and perceived burdensomeness among adolescents at elevated suicide risk: An examination of the interpersonal theory of suicidal behavior. Archives of Suicide Research. 2015; 19(3):385-400. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25751375/

25. Villalobos C, Galvis F. (2009). Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior. Tesis para optar al título Doctoral. Universidad de Granada, España. Disponible en: http://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf

26. Miranda I, Cubillas M, Pérez R, Valdez E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. Salud Ment. 2009; 32(6):495-502. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000600007&lng=es

27. Aburto C, Díaz K, López P. Ideación suicida en adolescentes del área rural: estilo de crianza y bienestar psicológico. Rev. Colomb. Enferm.2017;15(12):50-61.

28. Bazán J, Olortegui V, Vargas H, Huayanay L. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. Revista de Neuro-Psiquiatría. 2016; 79(1):3-15.

29. Siabato E, Forero I, Salamanca Y. Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. Pensamiento Psicológico. 2017;15(1):51-61.

30. Zaborskis A, Sivyte D, Zemaitiene N. Prevalence and familial predictors of suicidal behavior among adolescents in Lithuania: a cross-sectional survey 2014. BMC Public Health.2016;16:554.

31. Asociación Médica Mundial-WSA. (2014). Declaración de Helsinki. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10poli cies/b3/

32. Loboa N, Morales D. Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados, Villahermosa - Tolima, 2013. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2016;34(1):94-102.

33. Cuesta D. Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. Rev Mex Pediatr. 2017; 84(2): 72-77.

34. Puma A. "Frecuencias y características sociodemográficas del intento de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital III Goyeneche de Arequipa entre los años 2013 al 2017. Tesis para optar al título de Médico Cirujano. 2018. Universidad Nacional San Agustin. Arequipa – Perù.

35. Girard G. El suicidio en la adolescencia y en la juventud. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. 2017;5(2):22-31.

36. Galarza A., Fernández M, Castañeiras C, Freiberg A. Análisis psicométrico del Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30 en adolescentes escolarizados (14-18 años) y jóvenes universitarios marplatenses. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica.2019;51(2).

37. Chacaliaza C. Afrontamiento al estrés y orientación suicida en estudiantes adolescentes. Avances En Psicología.2020;28(1):131-142.