

INTRODUCCIÓN

El riesgo suicida se ha constituido en un tema de preocupación de salud pública en todas partes del mundo merced a los elevados índices estadísticos, pues el suicidio es la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años de edad a nivel mundial. (Blandón et al, 2015).

Si se toman datos estadísticos, por ejemplo según los últimos datos de la OMS publicados en el año 2020, refieren que las muertes causadas por Suicidio en Bolivia han llegado a 715 (0,95% de todas las muertes). La tasa de mortalidad por edad es de 6,82 por 100,000 de población. De esta manera, Bolivia ocupa el lugar número 119 en el mundo.

Los estudios nacionales e internacionales de diferentes latitudes coinciden en considerar el suicidio como un grave problema complejo cuyo origen es multifactorial, por lo cual en esta tesis se toman diversas variables como factores asociados.

Es importante mencionar que cada ser humano tiene un valor único y cualquier pérdida de la vida es un acontecimiento lamentable, más aún cuando se trata de jóvenes que tienen toda una vida por delante. Además, hay que enfatizar que el término "conducta suicida" incluye un conjunto comportamental no necesariamente secuencial, que engloba deseos de morir, pensamiento suicida, plan suicida, intento suicida y la consumación del acto. La probabilidad de llegar al desenlace fatal dependerá de múltiples factores externos e internos. Es por eso que en esta tesis no se habla de causas sino de factores asociados o concomitantes.

Aunque la mayoría de los casos de suicidio están asociados a la depresión, investigaciones recientes han demostrado que se debe considerar otros factores de riesgo y determinantes, como la sensibilidad al castigo, puesto que muchos de los intentos de suicidio se deben a la reacción incontrolada ante un hecho traumático, como el abandono de la pareja amorosa o muerte de un familiar. Por otra parte, se ha visto que la presencia de traumas infantiles mal elaborados, al complicarse con situaciones estresantes en la juventud, pueden desencadenar de manera recurrente ideaciones suicidas. (Blandón et al, 2015).

Los estudios han demostrado que en una tercera parte de los suicidios estuvieron vinculados la dependencia y abuso de sustancias, particularmente el alcohol y las drogas. Por otra parte, la calidad de vida, es un factor a tomar en cuenta en la temática en cuestión, pues las estadísticas indican que, tres de cada cinco suicidios, ocurren en los sectores empobrecidos de la población. (González-Olaya, 2014)

Por otra parte, tener dificultades con la orientación sexual en un ambiente que no sea respetuoso o que no acepte dicha orientación. El problema no es si el individuo es homosexual lesbiana, sino si tiene dificultades en un entorno que no le apoya. Si bien no se ha descubierto un gen que provoque la autoeliminación, si existen estudios que vinculan un historial familiar de suicidio con la probabilidad que un familiar se quite la vida; al parecer las que se transmiten son actitudes o estructuras psicológicas, como la violencia doméstica, el abuso o la negligencia en la crianza de los hijos. (González-Olaya, 2014).

Por todos estos antecedentes, en la presente tesis se ha visto por conveniente investigar nuevos factores, que no han sido considerados ampliamente en investigaciones pasadas.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL
PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

El riesgo suicida en la actualidad representa un grave problema para la sociedad, la prevalencia en los casos ha aumentado, es más frecuente ver en la televisión o en las redes sociales que algún adolescente o joven ha intentado o se ha quitado la vida. Aunque en estos tiempos se habla más sobre salud mental, es innegable que se sigue fallando en la prevención y en la correcta manera de intervención en estos casos. Detrás del riesgo suicida hay una persona, hay sentimientos, emociones, una familia, expectativas, etc., por ende es un tema importante y que debe ser tratado.

La Organización Mundial de la Salud pronostica un incremento progresivo del número de suicidios, el cual se aproximaría al millón de muertes en el año 2020. Los países industrializados tienden a presentar tasas de suicidio más altas en los extremos de la vida, siendo la tercera causa de muerte en el grupo de edad entre los 15 y 24 años (13,1 por 100 mil). (González-Olaya, 2014). Por estas razones, la medición del riesgo suicida y la identificación de los factores asociados son tareas prioritarias. Son múltiples los factores que están asociados al riesgo suicida, entre los principales están disfunción familiar grave, depresión, ansiedad, pensamiento homicida, sospecha a problemas con alcohol, autoestima baja y media, disfunción familiar leve y riesgo de violencia. Se demostró la asociación del intento suicida con depresión, ansiedad, pensamiento homicida, riesgo de violencia, disfunción familiar grave y problemas con el alcohol. (González-Olaya, 2014).

Es importante indicar que en esta tesis se pretende medir los factores asociados al riesgo suicida. Se entiende por **factores asociados** lo siguiente según Hernández (2014, p.57) son condiciones que inciden sobre determinado hecho, sin que se afirme la existencia de una relación causa-efecto. Son factores concomitantes a un hecho que se presentan de manera paralela y que guardan cierta relación con el principal fenómeno considerado. Por lo general el investigador no tiene control sobre ellos y sólo se limita a citarlos y expresar sus características generales.

La variable central de esta investigación es el **riesgo suicida**, la cual según Bahamon M. & Alarcón Y. (2018) es entendida como “*un conjunto de actos y pensamientos que se forma en un individuo para la búsqueda de su propia muerte*”.

Es importante mencionar que el riesgo suicida está asociado a una serie de factores que guardan relación con éste. En esta tesis, de acuerdo a la revisión bibliográfica realizada, se ha considerado conveniente estudiar los siguientes factores asociados: Tolerancia a la frustración; grado de presencia de traumas infantiles e impulsividad.

Una de las principales variables asociadas al riesgo suicida es la **tolerancia a la frustración**, que es definida como *“un estado emocional y conductual positivo del organismo que se produce en el individuo cuando una situación en la que un deseo, un proyecto, una ilusión o una necesidad no se satisfacen o no se cumple permitiendo aceptarlas, logrando así una capacidad de espera, paciencia y de calma con actitud reflexiva frente a esta vivencia emocional percibiéndola como un proceso de aprendizaje”*. (Hidalgo & Soclle, 2011, p.3).

Entre los factores más influyentes del riesgo suicida está la presencia de traumas infantiles. Los **acontecimientos traumáticos en la infancia** son *“una exposición a factores de estrés graves, repetitivos y prolongados, que suceden durante los periodos críticos de evolución del niño y suelen dar como resultado, mecanismos disfuncionales de regulación en el plano cognitivo, conductual y emocional”*. (Bernstein & Fink, 1998, p.11).

El acto suicida en la mayoría de los casos puede ser producto de un comportamiento impulsivo con escaso predominio del razonamiento. De acuerdo a la **impulsividad**, Barratt E., et al. (1997, p.23) la define como *“una tendencia a actuar de manera inmediata y poco meditada para responder a estímulos intrínsecos y/o extrínsecos a pesar de los efectos negativos que podrían generar para sí misma como para otras personas”*.

A **nivel internacional** se han realizado diferentes estudios sobre el tema del riesgo suicida y los factores asociados.

Peñafiel, en un estudio realizado en la Universidad de Alcalá de Henares, denominado “Factores de riesgo y de protección del suicidio adolescente”, descubrió que la baja tolerancia a la frustración es uno de los factores precipitantes del suicidio. Sobre el punto el autor indica lo siguiente:

El mundo moderno asiste a la generación más preparada académica e intelectualmente de la historia, pero a su vez una «generación de cristal» azotada por la depresión y la ansiedad

Goleman según Peñafiel (2009), definió esta inteligencia como; un concepto que incluye la habilidad para motivarse y persistir frente a las frustraciones, controlar impulsos y demorar gratificaciones, regular los estados de humor, evitar que las desgracias obstaculicen la habilidad de pensar, desarrollar empatía, esperanza, etc. Quitándole los obstáculos de la vida a las generaciones más jóvenes, le robamos la oportunidad de adquirir la tolerancia a la frustración, una habilidad esencial para afrontar con éxito las «bofetadas» que da la vida. La baja tolerancia a la frustración se relaciona con enormes consecuencias a la salud psíquica de las personas. En su extremo más dramático puede estar detrás de la conducta suicida de los más jóvenes. En ese sentido puede ser considerada como un importante factor de riesgo. El suicidio es en muchos casos la decisión que alguien toma cuando siente que los problemas desbordan a sus capacidades. (Peñafiel, 2009, p. 58)

Por otra parte, en una investigación realizada por Téllez-Vargas Jorge, en España, titulada “Impulsividad y suicidio” se encontró que el suicidio es un acto de impulsividad, de tal forma que los individuos más impulsivos, en correlación con otras variables, puede desencadenar el suicidio. Al respecto el autor indica lo siguiente:

Los pacientes con enfermedad mental que intentan el suicidio se observan altos niveles de respuestas agresivas o impulsivas, pocas razones para vivir y mayor frecuencia de ideas de autoeliminación que en los pacientes que no intentan el suicidio. El factor impulsividad/agresividad puede ser evaluado mediante escalas como la escala de agresión de Brown-Goodwin, el inventario de hostilidad de Buss-Durkee o la escala de impulsividad de Barratt. Oquendo y colaboradores (2004) encontraron en un estudio con 308 pacientes hospitalizados con episodio depresivo mayor diagnosticado de acuerdo con el DSM-III-R (21% con trastorno afectivo bipolar) a quienes observaron durante dos años, que los pacientes que habían intentado el suicidio presentaron mayores puntuaciones en las escalas mencionadas anteriormente y mayor frecuencia de trastornos de personalidad del grupo B, comparados con quienes no lo hicieron. (Téllez-Vargas, 2014, p. 65)

Otros estudios han demostrado la estrecha relación entre suicidio y acontecimientos traumáticos en la infancia. Cáceres y Vásquez en un estudio titulado “Intento suicida y antecedente de experiencias traumáticas durante la infancia en adultos con diagnóstico de depresión, trastorno

de personalidad limítrofe o esquizofrenia” indican que un elevado porcentaje de pacientes con intento de suicidio sufrieron de experiencias traumáticas en su infancia:

Existe evidencia creciente acerca de las consecuencias psicopatológicas en la vida adulta de hechos traumáticos ocurridos en la niñez y pubertad. Las experiencias traumáticas tempranas son factores de riesgo para varios síndromes psiquiátricos; han sido relacionadas con trastornos del ánimo, de ansiedad, de somatización, así como también con esquizofrenia, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la personalidad. Además de ello, el antecedente de trauma temprano aumenta el riesgo de intentos suicidas en las personas afectadas por tales diagnósticos psiquiátricos. Cuando hablamos de experiencias traumáticas tempranas hacemos referencia al abuso físico, psicológico y sexual, negligencia y pérdida parental.

El trauma infantil aumenta dramáticamente el riesgo de intento suicida posterior. Dube y cols., reportaron un incremento del riesgo de intento suicida a lo largo de la vida en pacientes con historia de abuso infantil. En los individuos que no tenían experiencias adversas infantiles, la prevalencia de intento suicida fue de 1,1% mientras que la prevalencia de vida de tener al menos un intento suicida en la población con reporte de eventos adversos infantiles en la niñez fue 3,8%. (Cáceres y Vásquez, 2013: 256).

A **nivel nacional** se realizaron algunos estudios sobre el tema del riesgo suicida y los factores asociados. No se ha encontrado ninguna investigación que mida las variables analizadas en esta tesis. Si hay diversos estudios que estudian variables psicológicas semejantes.

Por ejemplo, en la UMSA, se realizó una investigación titulada, “Determinación de la frecuencia de ideación suicida en estudiantes de 15 – 18 años pertenecientes a colegios del Distrito 1 de la ciudad de El Alto”, en la cual su autora descubrió que:

Este problema se presenta a diario en las instituciones educativas donde el adolescente juega un rol fundamental en este hecho los estudiantes vulnerables empiezan a aislarse del resto de sus compañeros, se sienten inferiores a los demás (Baja autoestima), en varias oportunidades con desesperanza, abatidos y a la mínima provocación actúan violentamente, por lo que los profesores se preguntan qué hacer ante ello, cuál es la causa. En ese sentido este fenómeno y sus consecuencias son un problema que tiene un gran impacto negativo en los adolescentes a nivel personal, familiar y social que en su mayoría llegan al suicidio por sentirse atormentados. En los adolescentes comprendidos en las edades de 15 a 18 años existe una frecuencia de un

21,4 % de ideación suicida y los factores que determinan esta acción están presentes como la desesperanza, la baja autoestima, soledad, abatimiento e incapacidad de afrontar las emociones en mayor porcentaje ya que en algún momento de su vida, puede influenciar en el suicidio y la edad más vulnerable es la de 17 años, siendo el sexo masculino con más frecuencia de riesgo. (Alberto, 2018, p. 1)

En otra investigación, también realizada en la UMSA de la ciudad de La Paz, titulada “Prevalencia de depresión y correlación de dos cuestionarios para la depresión, entre estudiantes de la UMSA”, se estableció la relación entre una serie de variables psicológicas, particularmente la depresión, y la conducta de suicidio. El autor resume de la siguiente manera sus hallazgos:

El objetivo de este trabajo, es indagar la prevalencia de depresión en una muestra de estudiantes universitarios, así como indicadores sobre tratamientos recibidos, o antecedentes familiares de suicidio, de acuerdo a los resultados, se encontró que la prevalencia de punto auto reportada del síndrome depresivo fue de 42% en grado moderado y 5% en grado severo. Según el género, afecta más a las mujeres, la edad de presentación más frecuente oscila entre 18 a 20 años, además, se reportó que 10 % de la muestra informo que hubo suicidios consumados entre sus familiares. Entonces como conclusión, se reportó una alta prevalencia de depresión entre los universitarios, con al menos 5% en nivel severo, que debería recibir ayuda profesional. Se halló un indicador interesante para explorar la "cifra oscura" del suicidio que no es oficialmente reconocida, del 10 %. (López, 2014: p. 1)

En otro estudio realizado en la ciudad de Sucre, por un equipo de investigadores, se descubrió la estrecha relación entre suicidio y condiciones familiares adversas, particularmente los traumas provocados por el maltrato infantil. Al respecto los autores indican lo siguiente:

Las causas de suicidios en adolescentes principalmente son consecuencia de un estado emocional provocado por el maltrato familiar, por la relación con su entorno y una serie de problemas, que actualmente, en el mundo global, se lo percibe por medios como la televisión, internet y otros elementos que lamentablemente fuerzan a la juventud a tomar actitudes que no son acordes a una realidad concreta. El desencadenante puede ir desde la depresión, que es la principal causa de enfermedad para ese segmento de edades, hasta la ansiedad, la violencia o el abuso de drogas. Pero también puede ser consecuencia de un cambio en el entorno, dificultades en el colegio, problemas con los amigos o conflictos con su identidad sexual. Uno

de los factores que lleva a las adolescentes mujeres al suicidio es el embarazo no deseado. Expertos explican que las jóvenes toman la decisión fatal por "temor al rechazo por parte de la sociedad" o porque temen que sus padres las boten de su casa, sin ser escuchadas". En los últimos años las redes sociales, que se han convertido en un medio de comunicación imprescindible en la sociedad y sobre todo en la vida de los adolescentes, han sumado otra causa al suicidio entre los jóvenes: el ciberacoso. Según el Centro Estadounidenses para la Prevención y el Control de las Lesiones (US Center for Injury Prevention and Control, en inglés), el acoso y el comportamiento relacionado con el suicidio están estrechamente vinculados. (Beltrán et al, 2017, p. 1)

A **nivel regional** son muy escasas las investigaciones realizadas sobre el tema del suicidio. Ninguno de los estudios identificados analiza las variables planteadas en esta tesis.

En la biblioteca de la Carrera de Psicología de la UAJMS se encontró la Práctica Institucional de Gutiérrez Vilca, Adriana, titulada "Apoyo psicológico a pacientes con intento de suicidio del Hospital Universitario San Juan de Dios", en la cual se indica que entre agosto del 2004 y el 28 de marzo de 2005, se han atendido en el Hospital 76 casos de suicidios e intentos de suicidio. Tras la aplicación de una batería de test (del Árbol, Machover, Beck, TAT, HSPQ) se descubrió que, entre los principales rasgos, predominan: depresión, elevada ansiedad, inestabilidad emocional y elevados rasgos psicóticos. (Gutiérrez, 2004)

Por su parte, Flores Álvarez, Ingrid Romina, realizó la tesis titulada "Prevalencia y características psicológicas de adolescentes que presentan ideación suicida de la Unidad Educativa "Lourdes" turno tarde de la Ciudad de Tarija". En dicho estudio se aplicó los siguientes instrumentos: Escala de Rojas para la Valorar el Riesgo de Suicidio, 35B, Raven, test de madurez o plenitud Psicológica, HSPQ. La autora resume de la siguiente manera los resultados: Existe un 12% de prevalencia de ideación suicida. Los adolescentes con ideación suicida presentan una autoestima por debajo de lo regular, una tendencia a presentar un nivel de inteligencia inferior al término medio, en cuanto al nivel de madurez presentan una aspectos volitivos e intelectuales en el nivel medio; en cuanto a los rasgo de personalidad presentan introversión, inteligencia baja, son menos integrados, también son afectados por sus propios sentimientos, son emocionalmente poco estables, despreocupados o desatentos con las reglas, menos integrados, individualistas y tienen sensibilidad dura. (Flores, 2012, p. 98)

En otra tesis de grado realizada por Villena Rendón, Marcia Lilian, titulada “Factores psicosociales que intervienen en el intento de suicidio”, la autora empleó el Test Proyectivo de Rorschach. Tras analizar los datos, estas son algunas de las conclusiones a las cuales se arribó: “Baja autoestima (...) Presencia de ideas delirantes, así como comportamientos recurrente de adicción a sustancias y trastorno límite de la personalidad (...), elevada impulsividad y falta de control de la emociones como la rabia. (...) Muchos reportan una infancia dolorosa” (Villena, 1996, p. 103).

Para terminar, hay que referir que las cifras de intentos de suicidio dentro el departamento son preocupantes. Tomando en cuenta la gestión 2022, desde enero a agosto hubo aproximadamente unos 80 intentos de suicidio en todo el departamento, las cifras fueron reportadas por el hospital “San Juan de Dios” y la Policía Nacional. Además la Directora del Hospital, Shirley Cuenca reveló que atendieron unos 50 casos de intentos de suicidio, 26 intentos fueron por mujeres y 24 por varones, se hace un total de 50, que han intentado quitarse la vida. Tampoco se tiene datos de los casos que se atienden en otros hospitales, como de la Caja de Salud o los privados, sostuvo al indicar que del total de estos intentos de suicidio un 80% son por intoxicaciones, el 20% restante es por otros medios (Pereyra O., 2022).

Después de haber planteado el tema de estudio en los planos, internacional, nacional y regional, se formula la pregunta de investigación:

¿Cuáles son los principales factores asociados al riesgo suicida en jóvenes de la ciudad de Tarija?

1.2. Justificación

El tema de investigación referido a los factores asociados al riesgo suicida tiene relevancia científica y social pues involucra a toda la población, ya que según la literatura revisada, no existe ningún individuo que en algún momento de su vida no haya tenido una idea de autoeliminación o que no se haya visto involucrado en un hecho doloroso de un amigo o familiar que se haya quitado la vida o intentado hacerlo.

El tema propuesto en esta tesis tiene vigencia en el ámbito científico pues las estadísticas referidas a al suicidio en adolescentes y jóvenes, tanto a nivel mundial como nacional, son alarmantes. Muchos investigadores consideran como importante estudiar cómo se da ese proceso, cuáles son los factores asociados y que probabilidad existe de prever este comportamiento en los jóvenes, basándonos en las estadísticas, que el presente estudio aporta en relación al medio tarijeño.

El estudio cuenta con relevancia social ya que gran parte de los factores causales del suicidio tienen que ver con la sociedad en su conjunto, en la medida que el suicidio se basa en factores genéticos, patrones conductuales, hechos traumáticos y actitudes relacionados con los métodos educativos empleados por sus padres y las condiciones ambientales generales. Cuestiones como la educación represiva o la sobreprotección, así como los traumas infantiles dependen, en última instancia, de las características de la sociedad en la cual se desarrollan los individuos.

El presente estudio tiene **justificación teórica** ya que a través del cumplimiento de los objetivos específicos planteados en el mismo, se brinda información precisa y puntual sobre una serie de variables relacionadas con el tema del riesgo suicida. En este documento se presentan datos referidos a la prevalencia del riesgo suicida, la tolerancia a la frustración, traumas infantiles e impulsividad.

Por otra parte, el presente estudio tienen una **justificación práctica** ya que lo datos que emanan del mismo podrían ser empleados por personas vinculadas al tema del riesgo suicida o instituciones que tiene entre sus objetivos trabajar con la prevención del mismo.

Hay que mencionar que entre las posibles instituciones que podrían interesarse por los datos proporcionados por esta tesis está la Defensoría de la Niñez y adolescencia, pues esta institución, entre sus objetivos, tiene el de resguardar la seguridad psicológica de niños y

adolescentes. Los datos emanados de este estudio pueden ser útiles en la construcción del POA institucional, en el capítulo específico referido a la prevención de malos tratos y autolesiones.

También se podría pensar que para los profesionales del área de la justicia (Fiscalía, Juzgado de Familia, etc.) la información proporcionada en este documento resultaría interesante, ya que en los datos recabados para la elaboración de este documento se ha evidenciado estrecha correlación entre los métodos de crianza, las situaciones traumáticas de la infancia, el abuso sexual, el abandono, etc., con el riesgo suicida.

Asimismo, la información expuesta en este documento podría ser de interés para algunos docentes de la Carrera de psicología, ya que en el mismo se presentan datos actualizados relacionados con el índice de riesgo suicida, los tipos de traumas sufridos en la infancia así como el nivel de tolerancia a la frustración que tienen los adolescentes y jóvenes tarijeños

CAPÍTULO II

DISEÑO TEÓRICO

II.DISEÑO TEÓRICO

2.1. Pregunta problema

¿Cuáles son los principales factores asociados al riesgo suicida en jóvenes de la ciudad de Tarija?

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo General.

Determinar los principales factores asociados al riesgo suicida en jóvenes de la ciudad de Tarija.

2.2.2. Objetivos Específicos.

1. Evaluar la prevalencia de riesgo suicida.
2. Indagar el grado de tolerancia a la frustración.
3. Detectar el grado de presencia de traumas infantiles.
4. Investigar el nivel de impulsividad.

2.3. Hipótesis

1. La prevalencia de riesgo suicida que presentan los jóvenes de la ciudad de Tarija es mayor al 40%.
2. El grado de tolerancia a la frustración de los jóvenes con presencia de riesgo suicida de la ciudad de Tarija es “bajo”.
3. El grado de presencia de traumas infantiles de los jóvenes con presencia de riesgo suicida de la ciudad de Tarija es “moderado”.
4. El nivel de impulsividad de los jóvenes con presencia de riesgo suicida de la ciudad de Tarija es “alto”.

2.4. Operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala
<p>Riesgo suicida: <i>“Es un conjunto de actos y pensamientos que se forma en un individuo para la búsqueda de su propia muerte”.</i> (Bahamon M. & Alarcón Y., 2018)</p>	Depresión y desesperanza	Ánimo vital disminuido y sensación de que los problemas no tienen solución.	<p>Escala para evaluar el Riesgo Suicida (ERS) de Bahamón y Alarcón, (2018).</p> <p>Opciones de respuesta por ítems:</p> <p>1 = Totalmente en desacuerdo. 2 = En desacuerdo. 3 = Parcialmente en desacuerdo. 4 = Parcialmente de acuerdo. 5 = De acuerdo. 6 = Totalmente de acuerdo.</p> <p>Escala general de riesgo suicida:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ausencia de riesgo suicida -Riesgo leve -Riesgo moderado -Riesgo considerable
	Ideación, planeación y autolesión	Ideas y planes específicos de autolesionarse o quitarse la vida	
	Aislamiento/Soporte social	Sensación de estar sólo y que no hay a quién acudir para solicitar ayuda	
	Falta de apoyo familiar	Grado de convencimiento de que no se cuenta con la ayuda de la familia en relación a los problemas que enfrenta.	

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala
<p>Tolerancia a la frustración: <i>“Es un estado emocional y conductual positivo del organismo que se produce en el individuo cuando una situación en la que un deseo, un proyecto, una ilusión o una necesidad no se satisfacen o no se cumple permitiendo aceptarlas”.</i> (Hidalgo & Soclle, 2011, p.3)</p>	Personal	Hace referencia a la confianza de sí mismo, la motivación y el autocontrol.	<p>Escala de Tolerancia a la Frustración (Hidalgo, N. & Soclle, F)</p> <p>-Alto</p>
	Laboral	Hace referencia al compromiso, la satisfacción de labor y la perseverancia.	-Medio
	Social	Hace referencia al control de impulsos, la empatía y el respeto.	-Bajo
	Familiar	Hace referencia a la vinculación familiar, a la comprensión familiar y la cooperación.	

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala
<p>Acontecimientos traumáticos en la infancia:</p> <p><i>“Son una exposición a factores de estrés graves, repetitivos y prolongados, que suceden durante los periodos críticos de evolución del niño y suelen dar como resultado, mecanismos disfuncionales de regulación en el plano cognitivo, conductual y emocional”.</i></p> <p>(Bernstein & Fink, 1998, p.11).</p>	Abuso emocional	Agresiones verbales al sentido de valía o bienestar de un niño o cualquier conducta humillante o degradante dirigida hacia un niño por un adulto o una persona mayor	<p>Escala de acontecimientos traumáticos en la infancia de Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998).</p> <p>Escala por dimensiones y general:</p> <p>Ausencia</p> <p>Leve</p> <p>Moderada</p> <p>Considerable</p>
	Abuso físico	Agresiones corporales a un niño por un adulto o persona mayor, que representan un riesgo de o resultó en una lesión	
	Abuso sexual	Contacto o conducta sexual entre un niño menor de 18 años y un adulto o una persona mayor	
	Negligencia emocional	Incapacidad de los cuidadores para satisfacer las necesidades emocionales y psicológicas básicas de los niños, que incluyen amor, pertenencia, cuidado y apoyo	
	Negligencia física	Actos por parte de los cuidadores, que no satisfagan las necesidades físicas básicas del niño, incluidos alimentos, vivienda, ropa, seguridad y atención médica.	

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala
<p>Impulsividad:</p> <p><i>“Es una tendencia a actuar de manera inmediata y poco meditada para responder a estímulos intrínsecos y/o extrínsecos a pesar de los efectos negativos que podrían generar para sí misma como para otras personas”. (Barratt E., et al., 1997, p.23)</i></p>	<p>Impulsividad cognitiva</p>	<p>Precipitación intelectual, sin análisis ni razonamientos previos.</p>	<p>Escala de impulsividad de Barrat. Autor Barratt (1994; adaptación de Oquendo et al (2001)</p> <p>-Muy baja</p> <p>-Baja</p> <p>-Normal</p> <p>-Alta</p> <p>-Muy alta</p>
	<p>Impulsividad Motora</p>	<p>Precipitación motora; movimientos rápidos y poco coordinados.</p>	
	<p>Impulsividad no planeada</p>	<p>Precipitación en la secuencia de los hechos; concentración en los hechos presentes y no en los futuros.</p>	

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

III.MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presentan todas las teorías que sustentan la investigación realizada. En primera instancia se hace una revisión del tema de riesgo suicida, para posteriormente desarrollar cada una las teorías relacionadas con los instrumentos empleados en la investigación realizada. Se expone en primera instancia todo lo concerniente con la sensibilidad al castigo y recompensa, los traumas infantiles, el abuso o dependencia de sustancias y la calidad de vida. Finalmente, se menciona ciertos estudios o investigaciones realizados en otros países sobre el tema abordado por la tesis.

3.1. RIESGO SUICIDA

A nivel mundial, el suicidio se considera como la segunda o tercera causa de muerte en adolescentes y jóvenes. Entre los 15 y 19 años de edad. “En Bolivia la tasa de suicidios fue de 6.4 por cada 100 mil habitantes, en el año 2015” (Banco Mundial, 2019, pág. única).

La variable central de esta investigación es el riesgo suicida, la cual es definida por Bahamon M. & Alarcón Y. (2018) como *“un conjunto de actos y pensamientos que se forma en un individuo para la búsqueda de su propia muerte”*.

Además, en la presente investigación se buscó encontrar la prevalencia del riesgo suicida, hay que entender que la prevalencia es *“es el número de casos de una enfermedad en una población específica y en un punto temporal definido o durante un periodo de tiempo determinado, la prevalencia es la proporción de personas con una característica o una patología en común”* (Ford G., 2022, p.1). En este caso en particular, lo que se encontró fue una prevalencia del riesgo suicida, es decir la proporción de jóvenes que lo presentan en la ciudad de Tarija.

3.1.1. Dimensiones del riesgo suicida según Bahamón y Alarcón.

Respecto a la escala de Bahamón M. & Alarcón Y. (2018) está dividida en cuatro dimensiones las cuales son:

- **Depresión y desesperanza.** De acuerdo a Regader B. (2015) refiere, que el principal motivo de la depresión es la falta de esperanza, las personas con depresión tienden a prestar más atención a los aspectos negativos de la vida, por lo que no pueden imaginar el futuro después de su muerte. Por otro lado, la depresión es una enfermedad grave y

común que afecta nuestro cuerpo y nuestra mente en la forma en que sentimos y pensamos. Mientras que la desesperanza es uno de los síntomas que pueden presentarse en la depresión, el sujeto piensa que su problema no tiene solución. Además, no hay que olvidar que es la principal variable de riesgo de suicidio, no solo relacionada con la ideación suicida, sino también relacionada con el intento suicida y suicidio consumado.

- **Ideación, planeación y autolesión:** Según, Sifuentes F. (2018) Los pensamientos e intenciones suicidas incluyen la conducta de autolesión y el grado de intención de contemplar su propia muerte, que en términos de frecuencia y circunstancias suelen encontrarse en personas con altos niveles de planificación. La ideación suicida se ha convertido en un fenómeno muy común en la adolescencia y se ha convertido en un gran problema a nivel mundial porque constituye la segunda causa de muerte, especialmente entre adolescentes y jóvenes. Respecto a la intencionalidad suicida, también conocido como intento de suicidio, intento de autoeliminación o lesión intencional, es una conducta que no tiene consecuencias para la muerte, en la que algunas personas se lastiman intencionalmente para quitarse la vida.
- **Aislamiento/Soporte social:** Para, Bezerra et al. (2021), el aislamiento social percibido por los sujetos juega un rol crucial en el comportamiento suicida, dado que aquellas personas que se aíslan socialmente presentan una soledad crónica que a largo plazo tendrá efectos perjudiciales, interfiriendo con su dinámica social y calidad de vida. Refiere que el soporte social cumple una función importante como apoyo protector para el individuo, enfatizando la comunicación y contacto social.
- **Falta de apoyo familiar:** Palacios L. (2015) refiere, que desde la perspectiva del entorno familiar, se han identificado los factores de riesgo relacionados con el suicidio, la falta de imagen paterna, disfunción familiar, la ausencia física y emocional de los padres, métodos de crianza autocráticos, supervisión estricta y violencia doméstica. Por lo que, la familia puede verse como la principal fuente de apoyo y aceptación, o como una falta de apoyo necesario para contrarrestar el impacto de los eventos estresantes de la vida.

3.1.2. Modelos de conducta suicida.

A continuación se expondrán algunos de los modelos más importantes en relación a los factores que intervienen en la conducta suicida en general.

Modelo de vulnerabilidad al suicidio.

Weiss, destaca tres factores como fundamentales en la naturaleza del suicidio:

- **La actitud del grupo social.** Lo que enlaza con la teoría sociológica de Durkheim. En este caso, el individuo vive en un entorno, que condiciona la visión del suicidio y ofrece un apoyo ante las adversidades.
- **Situaciones vital del sujeto.** El hecho de estar en una situación determinada de estrés favorece el pensamiento y el acto suicida como solución a problemas objetivos como forma de escape.
- **Carácter y personalidad del individuo.** Todo lo anterior pasa por el filtro de la personalidad del individuo de forma que tiene un resultado.

Modelo de desesperanza de Beck.

Beck enfatiza en la importancia de los aspectos cognitivos en el funcionamiento psicológico para poder comprender la conducta suicida. Hipotetizan sobre el papel fundamental que tiene la aparición de desesperanza, definida como expectativas negativas de futuro. Beck defiende que la desesperanza invade todos los aspectos de la triada cognitiva, esto es, creencias sobre uno, sobre los demás y sobre el futuro.

Modelo arquitectónico de Mack.

Originalmente este modelo está concebido para el problema del suicidio en adolescentes, desde el estudio de un caso concreto. Mack considera que es extrapolable al problema general. Este modelo consta de ocho elementos:

- **Macrocosmos:** Se refiere con ello la influencia que ejerce sobre el suicidio el sistema educativo, cultura, factores sociopolíticos y actividad económica.
- **Vulnerabilidad biológica:** Hace especial énfasis en el papel de los factores genéticos, puestos de manifiesto por los estudios de adopciones daneses.
- **Experiencias tempranas:** Influencia de factores diversos en las primeras etapas del desarrollo del individuo.
- **Organización de la personalidad:** Se presta mayor importancia a lo referente al desarrollo del Yo, a la autoestima y al narcisismo.

- **Relaciones del individuo:** Las relaciones con los demás, en el caso de los adolescentes es importante la relación de éstos con sus progenitores, con otros adultos, con los amigos, así como las posibles identificaciones que pueden ir teniendo.
- **Enfermedad mental:** En que juegan un papel importante la existencia de cuadros afectivos depresivos y cuadros de alcoholismo.
- **Ontogenia:** En este apartado se ubica la especial relación que mantiene cada individuo con su vida y con su muerte.
- **Circunstancias vitales:** Aquí incluye tanto precipitantes biológicos como el consumo de alcohol o drogas, como de tipo socio familiares.

Modelo de trayectorias de desarrollo del suicidio de Silverman y Felner.

Desde un punto de vista preventivo, Silverman y Felner proponen este modelo. Lo explican mediante la comparación con la historia evolutiva de un trastorno, es decir, supone la existencia de una serie de procesos que conducen al suicidio y que se deben estar desplegando durante un determinado tiempo. Los autores utilizan el concepto de vulnerabilidad personal. Esta vulnerabilidad sería la resultante de la exposición de los factores de riesgo junto con los factores de protección. De este modo, experiencias tempranas con desarrollos problemáticos en la infancia, pueden determinar que un sujeto adquiera vulnerabilidad al suicidio, aunque esto no implica el comienzo del trastorno. Esto hace que se pueda intervenir de forma preventiva contra dicha vulnerabilidad. Esta concepción desarrollista del suicidio hace que la vulnerabilidad y los factores protectores se pueden ir adquiriendo a lo largo de las distintas etapas de la vida, por lo que los esfuerzos deberían estar encaminados a la detección de estos procesos suicidas. La clasificación de los factores involucrados es:

- **Factores biológicos:** principalmente implicado el sistema serotoninérgico y sus bases genéticas que pueden mediar aspectos como la impulsividad o a la reacción exagerada.
- **Factores psicológicos:** Aquí se incluyen la depresión, la desesperanza, la baja autoestima y la incapacidad de manejo de situaciones difíciles.
- **Factores cognitivos:** Rigidez cognitiva y distorsión.
- **Factores ambientales:** Experiencias familiares negativas, pérdidas (de seres queridos, de empleo u otros), accesibilidad a métodos de suicidio.

Modelo cúbico de Shneidman.

Hay que empezar refiriendo que Shneidman propone un modelo de la conducta suicida que enlaza los modelos psicológicos con los psicosociales. El modelo se apoya en una representación gráfica de un cubo formado por 125 cubiletes, estos cubiletes se agrupan en de cinco en cinco formando así el cubo completo y formando el gradiente. Las tres caras visibles del cubo representan los tres factores que componen el modelo, esto es, dolor, perturbación y presión. Es un modelo dimensional parecido al que se representan mediante un triángulo plano en que cada lado es un factor.

- **Dolor:** Se refiere al dolor psicológico que surge por las necesidades psicológicas frustradas. Este dolor puede ser el fruto de emociones negativas como la culpa, la vergüenza, el miedo o la vivencia de una experiencia traumática. Se trata de un dolor que puede llegar a ser implacable, de forma que el suicidio o la muerte sean el único alivio. Se puede medir desde inexistente a extremo.
- **Perturbación:** Estado vital que implica la constricción de la percepción y la cognición. La principal consecuencia es el estrechamiento de las posibilidades de elección, por lo que las consecuencias de la angustia son incapacitantes. El individuo lucha entre el futuro y la posibilidad de mejora y la vivencia de indefensión y desesperanza. Consta de una escala con 5 posibilidades, desde mínima perturbación (mente abierta, pensamiento claro y elevada tolerabilidad) hasta la máxima perturbación (estrechamiento del pensamiento e impulsividad).
- **Presión (press):** la presión se sufre a través de las situaciones que hacen que un individuo reaccione. Pueden ser positivas o negativas. Así, la presión positiva hace que el individuo reaccione de forma constructiva y activa, mientras que la presión negativa supone una acción destructiva para el individuo. Es importante la posible interpretación catastrófica del sujeto de acontecimientos que son vividos con humillación, rechazo o fallo. Estas situaciones y las emociones que conlleva pueden precipitar el suicidio en personas aisladas socialmente o sin una red social establecida.

Modelo triangular de prevención del suicidio.

Este modelo propuesto por Cutter un modelo que surge para la elaboración de tácticas preventivas y explica la conducta suicida mediante la acción necesaria de tres factores. Su

representación gráfica copia el triángulo que se usa en los cursos de prevención de fuegos. En el triángulo original, cada ángulo del mismo representa la llama, el combustible y el oxígeno. La conducta suicida estaría representada por la intensidad del deseo de muerte, por el grado de planificación y por el tipo y grado de angustia. La forma de prevención será eliminando o reduciendo estos factores, ya que supone la presencia de los tres factores como necesaria para la existencia de conducta suicida, mientras que la presencia de uno o dos no es suficiente para desencadenarla.

- **El deseo de morir:** es el resultado de otros factores y no puede modificarse directamente. Se debe identificar en el transcurso de la entrevista clínica.
- **El grado de planificación.** Está en estrecha relación con el método de suicidio empleado o planificado. Los individuos suelen tener cierta preferencias por un método, aunque esto tiene dos excepciones, una es al principio de sus actos suicidas repetidos se suele emplear varios tipos de métodos poco letales y la otra excepción son los actos suicidas impulsivos, en los que lo que prima es la disponibilidad del método. La prevención sobre este factor hace que la vigilancia sea necesaria, incluso por largos periodos de tiempo. Por lo general, compensa el bloqueo selectivo del método preferido por el paciente para los cuidadores y para el propio paciente.
- **Grado de angustia y desesperanza.** Es el factor más visible en la práctica clínica. El manejo de este factor es del que se tiene más experiencia.

La influencia de cada uno de los factores es variable, aunque parece evidente su propiedad aditiva. La gradación de cada uno de los factores no es paralela, así una persona puede luchar psíquicamente contra el deseo de morir durante un largo periodo de tiempo muy superior al de la elección de un plan de suicidio de alta letalidad.

Modelo de superposición de Blumenthal.

En el modelo teórico propuesto por Blumenthal, los factores de riesgo se agrupan en cinco conjuntos (trastornos psiquiátricos, rasgos y trastornos de personalidad, factores psicosociales y ambientales, variables genéticas y ambientales y factores biológicos). Cada área o conjunto representa un área de influencia, la asociación de varios de estas áreas incrementa el riesgo de suicidio, de forma que los factores de riesgo se van superponiendo unos a otros. Además de la interpretación de estas áreas como factores de riesgo, se pueden entender como esferas de

vulnerabilidad. Aunque habría que comprobar la contribución de cada uno de los factores descritos en la conducta suicida. Según este modelo, una persona que tenga uno o más de estos factores y que en un determinado momento de su vida sufre una experiencia que le produzca gran estrés y se suma la disponibilidad de medios para la realización de un suicidio, se plantea esa posibilidad. De forma que se alcanza el umbral de aparición de conducta suicida ante la nueva experiencia vivida.

Modelo escapista de Baumeister.

Baumeister defiende que el suicidio es la vía de escape del individuo ante el dolor psicológico insoportable de los resultados que va obteniendo en la vida y las expectativas que tenía. A diferencia de Schneidman, no son las necesidades psicológicas las que se ven frustradas, sino las propuestas por el propio individuo

Además estas discrepancias entre lo deseado y lo obtenido distorsiona la adecuada valoración del proceso vital. Secundariamente se produce una atribución interna de la discrepancia sentido como fallo o debilidad en la capacidad de resolución, con una intensa sensación de culpa. Emplea el término de deconstrucción cognitiva que se caracteriza por centrarse en metas a muy corto plazo, lo que conlleva un aumento de la impulsividad y actividades de riesgo. Seguidamente aparece un pensamiento constreñido y dificultad para la resolución de problemas. De modo que en toda conducta suicida aparece una disminución de la inhibición de la conducta.

Modelo basado en la teoría de la regulación emocional de Linehan.

Para Linehan, la interacción entre el individuo y el ambiente es interactiva, recíproca e interdependiente, de modo que esta relación es fluida y en constante cambio y adaptación. Identifica dos subsistemas, el ambiental y el comportamental. A su vez el ambiental tiene el componente de apoyo social, cambio vital, modelos de suicidio y consecuencias del suicidio. El subsistema comportamental tiene el elemento fisiológico/emocional, el motor y el cognitivo. La conducta suicida emerge como esfuerzo de regulación del afecto ante cambios en alguno de los componentes señalados.

Modelo basado en la vulnerabilidad fluida de Rudd.

Para Rudd las crisis y conductas suicidas son limitadas en el tiempo y precedidas de un estado suicida, que se activa y desactiva y, que en cada activación se favorece una activación posterior.

Los distintos aspectos de este estado suicida (cognitivo, afectivo, psicológico y conductual) son interdependientes e interactivos. Señala los temas cognitivos centrales en el sistema de pensamiento suicida, que son:

- Despreciabilidad
- Desamparo
- Baja tolerancia al estrés
- Estrés percibido

Además, señala que el umbral de activación del estado suicida no es igual para todo el mundo, lo que implica que aquellos que tengan un umbral bajo, su activación sea más fácil y una reactivación posterior lo sea aún más, al estar precedida de un episodio previo.

Modelo de Joiner.

Según la teoría de Joiner, la impulsividad se relaciona con la conducta suicida de forma indirecta y no de forma directa. La misma impulsividad es la que conduce a situaciones adversas en el entorno y en la vida del sujeto, como tener más accidentes de tráfico y estar más predispuesto al consumo de tóxicos, incluido el alcohol. Esto provocaría una predisposición para el suicidio en este sentido y no en el directamente producido por la impulsividad. Por ello, lo que lleva al suicidio es la situación adversa, que se puede llegar a ella por conductas impulsivas o por otras, lo que explica por qué no todos los impulsivos se suicidan, ni que todos los suicidas sean impulsivos. Joiner señala la importancia de la impulsividad como rasgo estable en la personalidad la que más se relaciona con el suicidio, más que la impulsividad como rasgo. Así mismo, se ha visto que conductas favorecidas por la impulsividad, como el consumo de tóxicos, favorecen la aparición de impulsividad. (Giner, 2017)

Se puede denotar la gran importancia en el alto índice de suicidios en todo el mundo, anualmente fallecen en todo el planeta casi 800 000 personas como consecuencia de un suicidio. Un claro ejemplo, Estados Unidos, el suicidio fue la segunda causa principal de muerte entre personas de 10 a 34 años de edad. Las pruebas científicas indican que por cada persona que muere por suicidio hay muchas más personas que intentan suicidarse. Esta proporción varía ampliamente según el país, la región, el sexo, la edad y el método empleado. Sin embargo, es imprescindible tener en cuenta algunos factores que inquietan a la población afectando en pensamientos recurrentes e ideas suicidas. Por lo tanto, a continuación, se darán a conocer las variables que se

tomarán en cuenta para la realización e investigación, estas variables son; Frustración, acontecimientos traumáticos en la infancia y la impulsividad. Factores que sobresalen al momento de tomar una decisión tan crucial como es el hecho de quitarse la vida.

3.1.3. FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO SUICIDA

Por su parte, la OPS (2020, citado en Mateo Y. & Rojas J., 2021) señala, existen cinco factores de riesgo relacionados con el suicidio, estos son: sistema de salud, sociedad, comunidad, relaciones e individuo. Los principales factores de riesgo incluyen el sistema de salud y la sociedad, así como la comunidad, las relaciones y los niveles individuales. Estos factores generalmente se acumulan para aumentar la vulnerabilidad a la conducta suicida. Aunque se ha establecido la relación entre el suicidio y los trastornos mentales, muchos suicidios también pueden ocurrir impulsivamente durante tiempos de crisis, como pérdidas económicas. Algunos factores protectores incluyen fuertes relaciones interpersonales, creencias religiosas o espirituales y estrategias activas de afrontamiento y prácticas saludables. Haciendo énfasis en esos niveles individuales, hay que mencionar a la tolerancia a la frustración, los traumas infantiles y la impulsividad, variables sobre las cuales se trabajó en la presente investigación.

3.2. TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN

Hay que empezar diciendo que la tolerancia a la frustración es definida como *“un estado emocional y conductual positivo del organismo que se produce en el individuo cuando una situación en la que un deseo, un proyecto, una ilusión o una necesidad no se satisfacen o no se cumple permitiendo aceptarlas, logrando así una capacidad de espera, paciencia y de calma con actitud reflexiva frente a esta vivencia emocional percibiéndola como un proceso de aprendizaje”*. (Hidalgo & Soclle, 2011, p.3).

Según autores como Kerguelén y Henao, en Rodríguez Rojas (2018, p.14) citan que la frustración puede ser entendida como un estado emocional que se produce en el individuo cuando éste no logra alcanzar el objeto deseado o la vivencia emocional ante una situación en la que un deseo, un proyecto, una ilusión o una necesidad no se satisfacen o no se cumple. (...) La frustración se presenta cuando una secuencia de conducta encaminada hacia un determinado objetivo, se ve interrumpida de modo que no se logra terminar y los objetivos deseados se retrasan o se cancelan.

El término tolerancia a la frustración fue utilizada por primera vez en la década de los 60 por Albert Ellis, el describió como el síndrome de “no lo soporto”. Posteriormente el término tolerancia a la frustración fue introducido por Rosenzweig en 1938, para asignar la capacidad de tolerar la frustración durante un largo período de tiempo sin intentar satisfacer la motivación en la forma originaria ni buscar una manera indirecta de atenuar la tensión. (Hidalgo y Soclle, 2011). El modelo asumido es Cognitivo Conductual y se entiende como tolerancia a la frustración a un estado emocional y conductual positivo del organismo que se produce en el individuo cuando una situación en la que un deseo, un proyecto, una ilusión o una necesidad no se satisfacen o no se cumple permitiendo aceptarlas, aunque a veces puedan resultar incómodas o desmotivantes frente al trabajo duro que se realiza a corto plazo con el fin de alcanzar metas a largo plazo, logrando así una capacidad de espera, paciencia y de calma con actitud reflexiva frente a esta vivencia emocional percibiéndola como un proceso de aprendizaje.

3.2.1. Dimensiones de la tolerancia a la frustración.

La tolerancia a la frustración presenta cuatro dimensiones según Hidalgo y Soclle, y son las siguientes:

Dimensión personal: Los niveles altos, indican constancia, al iniciar sus actividades y al presentarse situaciones que retan su confianza, no lo abandonan, no se intimidan, presentan actitudes favorables para continuar con sus propósitos y luchar para lograrlo, conocen sus límites, los límites de los demás, las circunstancias y la realidad que le permitirá alcanzar sus metas. Estas personas tienen una forma de ver el mundo e interpretar la realidad de un modo diferente, es decir mantienen una actitud madura de ver las cosas, creen que no siempre podrán obtener todo lo que quieren, consideran que no es necesario que la vida sea siempre fácil y cómoda y ante cualquier dificultad, error o fracaso, sienten satisfacción de haberlo intentado lo cual les motiva a continuar con sus propósitos. Tienen capacidad de identificar deseos de necesidades y presentan una percepción clara de la situación que está viviendo.

Las personas que tienen un nivel medio, en algunas ocasiones mantendrán características de baja tolerancia a la frustración abandonando tareas que requieren más esfuerzo y tiempo sin embargo después de haberlas abandonado harán el intento de retomar sus metas y continuar, en el intento para reducir el bloqueo que impide alcanzar los deseos acepta vivir con la frustración

así pues en vez de continuar para quitarlo o minimizarlo se aprende a vivir con el problema que causa la frustración, es decir tienen mayor tolerancia en algunas áreas y en otras no.

Por su parte, en el Nivel bajo, presentan un mal humor, agitados, ansiosos, tristes, resentidos, humillados o enfadados con el mundo que debería estar ahí para satisfacer todos sus deseos. Se sienten víctimas, se quejan continuamente, culpan a los demás y al mundo de lo que le sucede. Por supuesto, suelen ser inflexibles, muy rígidas, inútiles, ilógicas e incongruentes con la realidad. (Hidalgo & Soclle, 2011).

Dimensión laboral: Los niveles altos, indican que el individuo tolerante a la frustración laboral crea condiciones para desarrollarse, autorrealización y alcanzar logros, presentan valoración de sus potencialidades sin requerir de incentivos. Actúan preventivamente para canalizar todas sus energías y convertirlas en resultados o logros esperados. Y frente a tareas que requieren exigencias y competencias manifiestan capacidad de asumirlas hasta terminarlas con responsabilidad y compromiso mostrando una actitud estable utilizando todos sus recursos y potencialidades para emprender y alcanzar los resultados esperados. Frente a situaciones frustrantes en el trabajo presenta motivación que involucra en el aprovechamiento de energía positiva creando un clima agradable de satisfacción laboral, registrando lo que sí pudo hacer y obviando lo que no se pudo hacer haciendo lo que le permite prevenir el sentimiento de fracaso o frustración permitiéndole centrar la atención en sus éxitos, tratando de ser positivos en el presente y optimistas de cara al futuro. (Hidalgo & Soclle, 2011).

Niveles medio, estas personas en tiempo normal mantienen características de niveles altos y en situaciones que demandan espera, esfuerzo, y persistencia presentan actitudes de niveles bajos. En los Niveles bajos, las personas presentan dificultad para adaptarse a situaciones que requieren exigencias y competencias manifestando incapacidad de asumirlas hasta terminarlas, mostrando una actitud inestable utilizando carecen de recursos y potencialidades para emprender y alcanzar los resultados esperados, en ocasiones requieren de incentivos para realizar sus actividades laborales. Actúan imprevista sin poder canalizar sus energías y convertirlas en resultados o logros que se espera. Ante las exigencias se muestran negativos pesimistas y frente a eventos de competitividad laboral entre compañeros se desvalorizan. (Hidalgo & Soclle, 2011).

Dimensión social: Cuanto mayor el nivel de tolerancia a la frustración mayor la capacidad de analizar cómo son sus relaciones y reacciones frente a situaciones que le generan molestias, habitualmente controlan sus impulsos cuando hay diferencia de opiniones expresando las suyas, tomando en consideración la opinión de los demás. Son sujetos que poseen habilidades sociales que les permite relacionarse sin dificultad con personas desconocidas y adaptarse frente a situaciones difíciles en el marco social logrando la aceptación social de su nuevo ambiente sociocultural. Frente a situaciones frustrantes en la que se ven involucradas amigos, compañeros o personas conocidas se muestran respetuosos, generosos, nobles, considerados y justos; independientemente de la edad, raza, sexo o posición social de los demás individuos.

Hay que mencionar que un nivel medio, poseen actitudes que les permite adaptarse con un poco más de tiempo a situaciones difíciles en el marco sociocultural. Cuanto más bajo sea el nivel de tolerancia a la frustración se muestran individuos que exigen, ordenan a las personas que lo rodean para que se satisfagan sus deseos a toda costa, por lo general son personas sensibles a las diferencias que existe entre amigos o compañeros, se enfadan o se ponen tristes ante el más mínimo desacuerdo con su medio social. (Hidalgo & Soclle, 2011).

Dimensión familiar: Los niveles altos significan que son personas que conocen el papel que juega en el grupo familiar y lo ejercen con responsabilidad y frente a normas establecidas por los padres que requieren control establecen jerarquías claras en la que los padres ocupen una posición directiva, sin que esto implique dejar de propiciar el intercambio de sus puntos de vista que fomentan relaciones democráticas. Frente a los problemas y desacuerdos que son provocados por ellos hacen cambios necesarios para mejorar sus relaciones familiares, el cambio que se da es fundamental con la finalidad de definir nuevas formas de comportamiento. Piensan que todo aquello que implica un cambio permite crecer y aprender de quienes lo rodean. Por lo tanto, los conflictos familiares que les suscitan son avances y crecimiento. Un nivel medio pose características del nivel alto y medios y por su parte, un nivel bajo significa que son personas que se mantienen alerta ante los problemas y situaciones familiares que causan molestia para actuar evasivamente y a veces agresivamente, ante crisis como la separación de los padres, la pérdida de un miembro de la familia (duelo), pierden las esperanzas de superar dicha crisis. (Hidalgo & Soclle, 2011).

3.2.2. Niveles de tolerancia a la frustración

- **Niveles altos:** Para estas personas la vida es más agradable, más fácil y con menos estrés, tienen capacidad de convertir los problemas en nuevas oportunidades, tienen más probabilidades de resolverlos porque no reaccionan ante ellos con tanta intensidad ni intentan escapar para no sentir emociones negativas, aceptan con más facilidad el dolor, el sufrimiento, la incomodidad, el fracaso, etc. Asimismo, hay que mencionar que enfrentan sus problemas en vez de huir, lamentarse, armar un escándalo o intentar hacer desaparecer el problema como sea para no sentir, como haría alguien que no es capaz de tolerar dichos inconvenientes. (Coffer & Appley, 1993, citado en Hidalgo & Soclle, 2011).
- **Niveles medios de tolerancia a la frustración:** en estos casos existe un estado de intento para reducir el bloqueo que impide alcanzar los deseos aunque en algunas ocasiones se acepta vivir con la frustración debido a que está demanda más esfuerzo y paciencia para superarla así pues en vez de continuar para quitarlo o minimizarlo se aprende a vivir con el problema que causa la frustración asimismo son personas que tienen mayor tolerancia en algunas áreas y en otras no. Esto hace que pueda lograr otras cosas si se esfuerza, aunque en un principio no le resulten como esperan. (Santos, 1993, citado en Hidalgo & Soclle, 2011).
- **Niveles bajos de tolerancia a la frustración:** estas personas presentan sensibilidad excesiva hacia todo lo desagradable, que funciona como una lente de aumento, magnificando el lado malo de cada situación. Lo feo es espantoso, lo malo es horrible, lo molesto es insoportable, magnifican las tragedias y acontecimientos estresantes, tienen una serie de creencias que condicionando su vida y forma de ver el mundo, siguen manteniendo un modo inmaduro de ver las cosas, tal y como hacían en la infancia, creen que tienen que obtener todo lo que quieren, exigen, ordenan e insisten para que se satisfagan sus deseos a toda costa, creen que es necesario que la vida sea siempre fácil y cómoda, creen que cualquier dificultad, demora, fracaso, etc. (Coffer y Appley, 1993, citado en Hidalgo & Soclle, 2011).

3.2.3. Baja Tolerancia a la Frustración y su relación con el Riesgo suicida.

El enojo se muestra de muchas maneras y puede tener muchos nombres, muchas máscaras (frustración, culpa, ira, decepción, sensación de traición), pero siempre es dañino para nuestra salud. Es una energía muy poderosa que se convierte en un arma letal cuando lo devolvemos, o cuando lo apuntamos hacia nosotros mismos. Por eso es tan importante reconocer nuestro enojo, entenderlo, abrazarlo, saber cuál es su origen, hacia quién va dirigido en realidad, cuál es el impacto que tiene en nuestra vida y hasta dónde ha tomado las riendas de nuestra existencia.

Según Robles, J., Ancinas, P., Pérez, J. y Gancedo, I. (2013, p.29) mencionan que el suicidio puede ser consecuencia de sentimientos de impotencia, percepción de que las dificultades corrientes son inaguantables. Entonces se producen sentimientos de desesperanza y frustración; la persona se siente incapaz de resolver su dilema y no cree que otros puedan ayudarle, por lo que en ocasiones toma una decisión "sin punto de retorno".

La primera dimensión o "deseo de Morir", expresa una frustración vital asociada a la inconformidad e insatisfacción de algunas personas con su estilo de vida actual, situación que puede prevalecer en adolescentes explotados, víctimas de tortura, abusos de poder y tratos degradantes. Al respecto frases como: "la vida no vale la pena vivirla", "lo que más quisiera es morirme", "para vivir así lo mejor es estar muerto", "sin ti no puedo vivir", dan cuenta de dicho deseo y aunque no son una condición del acto suicida, se debe prestar atención a su emergencia en el discurso, porque pueden constituirse en alertas tempranas ante un posible desajuste emocional que refuerce la representación suicida como salida ante una crisis.

Según Robles, J., Ancinas, P., Pérez, J. y Gancedo, I. (2013, p.43) aluden que el alcohol y otras drogas de abuso pueden incrementar la conducta impulsiva y agresiva y disminuir las barreras inhibitorias o potenciar los trastornos del estado de ánimo. Muchos de los suicidas han consumido alcohol antes del intento autolítico. Si a determinadas alteraciones de la personalidad le sumamos el abuso de alcohol u otras drogas tenemos una potencial bomba de relojería para la comisión de actos violentos, uno de ellos la conducta autodestructiva. En esta relación no podemos olvidar citar las enfermedades mentales graves, las psicosis o los trastornos de personalidad, especialmente el antisocial y el límite que, como consecuencia de su baja tolerancia a la frustración y las reacciones emocionales intensas, tienen una gran propensión a la comisión de actos suicidas.

Las personas con trastorno límite de la personalidad o con trastorno de personalidad antisocial, en especial las que presentan un historial de impulsividad, agresividad o comportamiento violento, presentan también un mayor riesgo de suicidio. Las personas con estos trastornos de personalidad tienden a presentar una baja tolerancia a la frustración y tienden a reaccionar al estrés de manera impulsiva, lo que a veces conlleva autolesiones o comportamientos agresivos.

Según David Brent de la Universidad de Pittsburgh, en Robles, J., Ancinas, P., Pérez, J. y Gancedo, I. (2013), habló de Agresión Impulsiva como la tendencia a responder a la provocación, o a la frustración, con hostilidad o agresividad. Sería una tendencia a ser agresivo-impulsivo en combinación con un estado de ánimo deprimido, que aumenta el riesgo suicida. Se ha asociado con conducta suicida incluso dentro de grupos de pacientes con diagnósticos similares. Aumenta la probabilidad de que una persona lleve a cabo los pensamientos suicidas. Estos jóvenes tienen dificultad en evaluar los riesgos y generar alternativas apropiadas cuando se enfrentan a los problemas.

3.3. TRAUMAS EN LA INFANCIA

Los traumas infantiles son *“una exposición a factores de estrés graves, repetitivos y prolongados, que suceden durante los periodos críticos de evolución del niño y suelen dar como resultado, mecanismos disfuncionales de regulación en el plano cognitivo, conductual y emocional”*. (Bernstein & Fink, 1998, p.11).

Trauma proviene de un concepto griego que significa “herida”. Se trata de una lesión física generada por un agente externo o de un golpe emocional que genera un perjuicio persistente en el inconsciente. El trauma físico está vinculado a una avería que sufre el cuerpo. Una herida es técnicamente la interrupción de la extensión continuada de las mucosas o de la piel, lo que genera que el interior corporal quede comunicado con el exterior. Un trauma psicológico, por su parte, es una emoción negativa y duradera que pone en riesgo el bienestar de la persona. Lo que hace el trauma es desequilibrar el sistema mental del sujeto y su existencia desde el punto de vista de las emociones.

El trauma surge a causa de un miedo de gran intensidad (terror) o la falta de capacidad para controlar un peligro real o potencial. Es habitual que aparezca cuando el paciente es testigo de un hecho vinculado al daño o la muerte de otro ser humano, o cuando recibe una noticia inesperada y trágica relacionada con un ser querido.

Para poder llegar a entender la naturaleza del daño psíquico de todo niño que ha sufrido maltrato se debe tener en cuenta el momento del desarrollo evolutivo del niño en que tuvieron lugar tales hechos y el concepto de trauma. Un trauma psíquico ocurre cuando un golpe emocional intenso e inesperado o una serie de golpes asaltan a la persona desde afuera. Aunque el trauma viene desde afuera se incorpora en la mente. La persona probablemente no se sienta traumatizada hasta tanto no lo viva desde una postura de indefensión. La indefensión es un importante factor del trauma, dado que los niños pequeños son incapaces de responder tanto a la actitud impredecible de los padres como al caos prolongado, estas cuestiones escapan al control de ellos. También es importante la frecuencia del suceso traumático. Hay dos tipos de víctimas, aquellas que lo sufrieron una sola vez y las que fueron victimizadas crónicamente. En el primer caso el hecho los toma de sorpresa, y los niños tienen una visión más clara del evento. En el segundo caso el niño difícilmente recuerde el trauma con claridad porque al haber sido una situación anticipada y temida se movilizan en él los mecanismos defensivos de la disociación.

Los acontecimientos traumáticos en la infancia (constituyen como un factor predictor de enfermedades mentales como; depresión, trastorno bipolar, abuso de sustancias, trastorno de estrés-post traumático y suicidio, entre otras. Los acontecimientos traumáticos en la infancia pueden ser asociadas a cambios neurobiológicos en niños y adultos, y estos pueden subyacer el aumento del riesgo de la psicopatología.

Entre los factores más influyentes del riesgo suicida está la presencia de traumas infantiles. Los acontecimientos traumáticos en la infancia son:

Exposición a factores de estrés graves, repetitivos y prolongados, que suceden durante los periodos críticos de evolución del niño y suelen dar como resultado mecanismos disfuncionales de regulación en el plano cognitivo, conductual y emocional. La negligencia social o ausencia de cuidados adecuados en la infancia son considerados eventos traumáticos o estresantes. (Bernstein & Fink, 1998, p. 11)

Al hablar de trauma psíquico infantil se hace referencia a las consecuencias de una agresión exógena que provoca una sensación intensa de estrés, sufrimiento o dolor, y a la que al mismo tiempo, por su contenido, es difícil encontrarle un sentido o una explicación (sobre todo por el carácter de doble vínculo de los malos tratos). Las experiencias son psíquicamente traumáticas

porque es muy difícil simbolizarlas después de haberles encontrado un sentido, es decir, comprenderlas. Sin entender lo que pasó es casi imposible recuperar los sentimientos de control sobre su entorno y de protección frente a nuevas agresiones. Desde el punto de vista del contenido de las agresiones se distinguen:

Los eventos traumáticos para señalar cualquier hecho o acontecimiento que produce dolor y estrés (dolor físico, dolor psíquico o una experiencia de amenaza vital) y que sobrepasa los recursos naturales del individuo y de sus apoyos sociales para calmar el dolor y encontrarle un sentido a lo sucedido. Esto como consecuencia de su contenido, intensidad o duración.

Los procesos traumáticos para nombrar el conjunto de eventos dolorosos y/o estresantes que emerge de relaciones interpersonales significativas y cuyo contenido, su duración e intensidad agotan los recursos naturales del niño, así como el de sus fuentes de apoyo social. La consecuencia de esto es que el conjunto de acontecimientos perturba una parte o la totalidad de la vida afectiva, cognitiva, conductual y relacional del niño. Los malos tratos infantiles se corresponden con procesos traumáticos.

Se considera un trauma psíquico a aquel o a aquellos acontecimientos, que pueden ser sucesivos, acumulativos, o diferidos en el tiempo, y articulados por una significación personal y/o simbólica de los mismos, que desbordan la capacidad del sujeto para poder procesarlos psicológicamente. Un individuo afectado no puede representar psicológicamente aquellos estímulos que han irrumpido en el psiquismo. Esto significa que no encuentra las palabras adecuadas para verbalizar lo sucedido, que no puede recordar determinados fragmentos del acontecimiento perturbador, o que su mente dispara cantidades de recuerdos fragmentados ya sea en forma de imágenes o sensaciones que no pueden ser articuladas en una narrativa bien armada o del todo inteligible, que no puede darle figurabilidad psíquica a sensaciones y reacciones somáticas que surgen al recordar el o los acontecimientos que a posteriori devinieron traumáticos. Lo traumático no se caracteriza necesariamente por el evento en sí mismo, sino por la combinatoria entre la potencia traumatogénica del mismo por su cualidad violenta, y la imposibilidad del individuo de procesarlo, asimilarlo e integrarlo en su psiquismo. (Bernstein & Fink, 1998).

3.3.1. Dimensiones o tipos de Traumas según Bernstein & Fink.

De acuerdo a (Bernstein & Fink, 1998), la variable traumas infantiles cuenta con las siguientes dimensiones:

- El **abuso sexual** se definió como el contacto o conducta sexual entre un niño menor de 18 años y un adulto o una persona mayor.
- El **abuso físico** se definió como aquellas agresiones corporales a un niño por un adulto o persona mayor, que representan un riesgo de o resultó en una lesión.
- El **abuso emocional** se definió como, aquellas agresiones verbales al sentido de valía o bienestar de un niño o cualquier conducta humillante o degradante dirigida hacia un niño por un adulto o una persona mayor.
- **Negligencia física** se definió como aquellos actos por parte de los cuidadores, que no satisfagan las necesidades físicas básicas del niño, incluidos alimentos, vivienda, ropa, seguridad y atención médica "(la supervisión deficiente de los padres también se incluyó en esta definición si pone en peligro la seguridad de los niños).
- La **negligencia emocional** se definió como aquella incapacidad de los cuidadores para satisfacer las necesidades emocionales y psicológicas básicas de los niños, que incluyen amor, pertenencia, cuidado y apoyo.

3.3.2. Tipos de traumas infantiles.

Los traumas infantiles pueden ser generados por dos tipos de situaciones: Los traumas de tipo I son aquellos eventos cortos e inesperados mientras que los traumas de tipo II son aquellas situaciones de tipos prolongados e ininterrumpidos, suelen ser perturbadores y disruptivos, o traumas de tipo interpersonal. Características:

Traumas de Tipo I:

- Eventos repentinos, peligrosos y abrumadores.
- Experiencias traumáticas aisladas, por lo general, poco frecuente.
- De duración limitada.
- Eventos que son recordados en detalle y crean recuerdos más vívidos y completos que los del Tipo II.
- Por lo general, conducen a síntomas típicos del trauma, de estrés post traumático, como son las ideas intrusivas, la evitación y la hiperactivación.
- Tienden a ser reexperimentados.

- La persona puede recuperarse, aunque en ocasiones la sintomatología puede cronificarse.
- Ejemplos, ser víctimas de violación, catástrofes naturales, accidentes automovilísticos, asaltos a mano armada.

Traumas de Tipo II:

- Traumas variables, múltiples, crónicos, y de larga duración, repetidos y anticipados.
- Por lo general, son causados intencionalmente por el hombre.
- La víctima suele sentirse sola, atrapada e incapaz de defenderse.
- Los recuerdos son, por lo general, confusos, borrosos, aislados y disgregados, esto último, debido al mecanismo de disociación. A medida que pasa el tiempo la disociación se puede volver una forma de manejar la situación para que no sea tan dolorosa y abrumadora.
- Pueden conducir a una visión equivocada de sí mismo y del mundo. Además, las personas damnificadas pueden tener sentimientos de culpa, vergüenza y desvalorización.
- Generalmente conducen a problemas de carácter, modificaciones en la personalidad y trastornos de identidad de larga duración, las cuales se manifiestan a través de dificultades en las relaciones interpersonales, alejamiento de los demás, desconfianza en los vínculos afectivos cercanos, disminución de la capacidad afectiva y de la reactividad emocional.
- Los intentos de autodefensa pueden involucrar el uso de respuestas disociativas, negación e insensibilidad o anestesia afectiva, el aislamiento, el abandono de uno mismo, y el consumo de drogas.
- Ejemplos de esta clase de situaciones serían el abuso sexual o físico continuo, malos tratos reiterados, torturas o secuestros con reclusiones prolongadas. (Jimeno, 2015, p. 57-58)

3.3.3. Consecuencias de los procesos traumáticos.

Cuando el trauma se produce, provoca un impacto en las diferentes áreas de la personalidad del individuo. Las consecuencias pueden ser trastornos o mecanismos adaptativos. Esto último corresponde a los mecanismos de defensa que el individuo desarrolla para hacer frente al dolor y al estrés:

- **Consecuencias en el área afectiva:** trastornos de la empatía, trastornos emocionales y trastornos de la autoestima.
- **Consecuencias en el área cognitiva:** trastornos cognitivos, trastornos disociativos y trastornos de la identidad
- **Consecuencias en el área conductual:** conductas autodestructivas y violencia hacia los demás
- **Consecuencias en el área relacional:** trastornos del apego o de la vinculación
- **Trastornos en la capacidad de reflexión ética:** el hecho de que sean los adultos los que provocan daño, hacen que el modelo ético que recibe y aprende esté condicionado por esa experiencia. (Echeburúa, 2004, p. 45)

Hay que referir que las consecuencias clínicas de las vivencias del trauma se expresan de dos formas: en la aparición de síntomas específicos, y en modificaciones de la personalidad.

En cuanto a los síntomas es frecuente observar la siguiente tríada sintomática, que se puede dar en forma conjunta, o uno de los síntomas por separado: re-experimentación (recuerdos, sueños a repetición sobre sensaciones, imágenes o recuerdos fragmentados y mezclados), evitación de aquellos estímulos que recuerden el acontecimiento perturbador (pensamientos, lugares, personas) y alteraciones del funcionamiento psicofisiológico (trastorno del sueño, irritabilidad, hipervigilancia, síntomas de ansiedad).

Con respecto a la personalidad se pueden observar cambios notorios como la desconfianza ante los desconocidos, el embotamiento emocional, tener una visión pesimista del mundo y de las relaciones humanas, etc.). Dentro de los aportes recientes, Benyakar plantea que las situaciones disruptivas son aquellas situaciones fácticas que irrumpen en el psiquismo provocando vivencias de estrés o vivencias traumáticas. Conceptualmente no sería apropiado hablar de situación traumática cuando nos referimos a un hecho sorpresivo y perturbador de estas características. Las situaciones disruptivas pueden ser traumatogénicas o estresogénicas, Ej. Catástrofes, guerras, etc. nos enfrentamos con situaciones amenazantes que pueden ser disruptivas o no, y ellas pueden ser estresogénicas o traumatogénicas, dependiendo de la forma que el psiquismo de un individuo determinado la vivencie. (Echeburúa, 2004).

Es preciso diferenciar lo que es una vivencia traumática de un vivenciar traumático:

- **Vivencia traumática:** Se caracteriza por la articulación entre el afecto con la representación. Entonces las vivencias serán traumáticas cuando el afecto emerja sin representación. Esta vivencia será circunscripta en el tiempo y el espacio. Pueden aflorar al tener que enfrentar repentinamente situaciones disruptivas extremas, pero también pueden desencadenarse en eventos triviales de la vida cotidiana. Se trata de una vivencia que persiste en su carácter de no estructurada.
- **Vivenciar traumático:** Es un modo por el cual el psiquismo establece su relación con el mundo externo en los primeros estadios de vida. A consecuencia de un déficit en el entorno, o sea una disfunción maternante con un apego deficiente, se va gestando una relación mundo interno mundo externo en forma tal que el afecto comienza a ser escindido de la representación, desarrollándose así fenómenos alexitímicos, etc. Estos serían la base para el desarrollo de los desórdenes de personalidad como el borderline o el narcisista, enfermedades psicósomáticas. (Benyakar, 2003, p. 82)

3.3.4. Acontecimientos traumáticos en la infancia y el Riesgo Suicida.

Las experiencias traumáticas durante la infancia, en particular las que incluyen el abuso físico y sexual, aumentan el riesgo de intento de suicidio. Existe evidencia creciente acerca de las consecuencias psicopatológicas en la vida adulta de hechos traumáticos ocurridos en la niñez y pubertad. El número, tipo y gravedad de las experiencias traumáticas, así como la edad en que se producen, representan factores de riesgo importantes para la aparición de psicopatología en la adultez.

Las experiencias traumáticas tempranas son factores de riesgo para varios síndromes psiquiátricos; han sido relacionadas con trastornos del ánimo, de ansiedad, de somatización, así como también con esquizofrenia, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la personalidad. Además de ello, el antecedente de trauma temprano aumenta el riesgo de intentos suicidas en las personas afectadas por tales diagnósticos psiquiátricos. Cuando se habla de experiencias traumáticas tempranas se refiere al abuso físico, psicológico y sexual, negligencia y pérdida parental.

En los Estados Unidos se reportan aproximadamente tres millones de niños maltratados al año: de los casos documentados, cerca de 60% son clasificados como negligencia, 20% como abuso físico y 10% como abuso sexual. El abuso infantil a menudo ocurre en el contexto de otros

importantes factores de riesgo. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.

El trauma infantil aumenta dramáticamente el riesgo de intento suicida posterior. Dube y cols en Cáceres, E, y Vásquez, F. (2013, p.257), reportaron un incremento del riesgo de intento suicida a lo largo de la vida en pacientes con historia de abuso infantil. En los individuos que no tenían experiencias adversas infantiles, la prevalencia de intento suicida fue de 1,1% mientras que la prevalencia de vida de tener al menos un intento suicida en la población con reporte de eventos adversos infantiles en la niñez fue 3,8%. Cualquier categoría de experiencias adversas (abuso sexual, físico, etc.) incrementó el riesgo de suicidio 2 a 5 veces.

3.4. IMPULSIVIDAD

Hay que empezar refiriendo que el acto suicida en muchas ocasiones es producto de un comportamiento impulsivo con escaso predominio del razonamiento. Barratt E., et al. (1997, p.23) define a la impulsividad como *“una tendencia a actuar de manera inmediata y poco meditada para responder a estímulos intrínsecos y/o extrínsecos a pesar de los efectos negativos que podrían generar para sí misma como para otras personas”*.

De manera general, la impulsividad es la tendencia a responder de forma impetuosa, aparentemente sin premeditación, que conlleva la realización de conductas aunque las consecuencias sean negativas, a lo cual se añade una relativa incapacidad para retrasar una conducta gratificante. La impulsividad es un rasgo básico de la personalidad que tiende a la autoprotección y a la supervivencia de los individuos. De hecho, existen estudios que correlacionan la alta prevalencia de la impulsividad en determinadas poblaciones, correspondiendo estas con los movimientos migratorios, así los mayores niveles de impulsividad se han encontrado en grupos de inmigrantes, especialmente en aquellos con gran desplazamiento desde el lugar de origen, presentando para estos una ventaja evolutiva. La impulsividad es una respuesta conductual alterada, una tendencia impulsiva constante ante mínimos estímulos, que por tanto es desadaptativa y que podría llegar a constituir un trastorno de la personalidad. Los teóricos de la impulsividad definen la impulsividad disfuncional como una forma rápida de actuar, dejándose llevar por el ímpetu del momento y sin tener en cuenta las posibles consecuencias de actuar de esta forma. La impulsividad se asocia con la búsqueda

de nuevas sensaciones. La importancia de la impulsividad en la toma de decisiones, en el desarrollo de la infancia y la adolescencia y en los trastornos neuropsiquiátricos, como el suicidio, es ampliamente conocida. (Barratt, 1994)

3.4.1. Dimensiones de la impulsividad.

Según Barratt E., et al. (1997) la impulsividad está compuesta por tres dimensiones, las cuales se describen a continuación:

- La **Impulsividad motora**, corresponde a actuar sin pensar, realizando un movimiento automático y dejándose llevar por el arrebato del instante. En este tipo de impulsividad se presentan movimientos rápidos y poco coordinados.
- La **Impulsividad cognitiva**, es la escasa capacidad de concentrarse en la tarea o actividad que se está llevando a cabo, implica una tendencia a tomar decisiones de manera apresurada. En este tipo de impulsividad, hay precipitación intelectual, sin análisis ni razonamientos previos.
- La **Impulsividad no planeada**, es la tendencia a no planear las cosas, mostrando un mayor interés por el presente y despreocupación por el futuro. En esta dimensión, hay una precipitación en la secuencia de los hechos; concentración en los hechos presentes y no en los futuros.

Por lo anterior, es importante mencionar que las diferentes teorías de impulsividad abarcan dimensiones que se relacionan entre sí o se complementan para definir los rasgos impulsivos de las personas que tienden a actuar rápidamente, de forma automática y con poca reflexión. No hay que olvidar que todos estos rasgos se encuentran dentro de un patrón de personalidad que conlleva a no considerar las consecuencias de las decisiones que se puedan tomar (Trelles F., 2020).

3.4.2. Modelos teóricos de la impulsividad.

Los dos principales modelos que tratan de explicar la impulsividad son los siguientes:

Modelo biológico: Es incuestionable que la impulsividad tiene un componente genético y heredable. Los expertos consideran que el componente determinado por los genes viene a ser aproximadamente del 50%, siendo el resto debido al contexto educacional y social (ambiental). Un metaanálisis de individuos, entre gemelos y miembros familiares naturales y

adoptados, estimó la heredabilidad del carácter “impulsividad” en un 45-50% a lo largo de las diversas edades, con una incidencia más potente en los varones que en las mujeres. Es decir, prácticamente la mitad de las diferencias en impulsividad son debidas a factores genéticos, y la otra mitad a factores ambientales. El valor es ligeramente mayor en niños que en adultos, implicando una mayor influencia de los factores ambientales según la persona avanza en edad.

Modelo multifactorial: Para el modelo multifactorial son importantes distintos factores: Factores ambientales-sociales-educacionales, Factores genéticos, Factores neurobiológicos, Factores hormonales. Entre ellos podemos señalar: la testosterona (influencia en la impulsividad agresiva), la vasopresina, las endorfinas (auto agresividad) y la hiperfunción del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. (Liquete, 2015). Es importante mencionar que dentro de este último modelo se encuentra la escala de Barratt, empleada en esta tesis.

3.4.3. La Impulsividad y su relación con el Riesgo Suicida.

El acto suicida con frecuencia se asocia con depresión y desesperanza pero requiere la presencia de factores capaces de reducir la inhibición que existe hacia la conducta suicida, para que de esta forma se pueda realizar el intento de autoeliminación. La impulsividad es un factor que desinhibe el comportamiento y origina conductas de alto riesgo e incluso comportamientos suicidas, razón por la cual se asocia con intentos fallidos de suicidio o gestos suicidas, que no son valorados adecuadamente por los clínicos para identificar el riesgo de un nuevo intento de suicidio, que se presenta durante el año siguiente, con consecuencias fatales.

Existen diferentes definiciones de impulsividad, pero en general, se la considera como una predisposición a actuar en forma inmediata, una reacción no planeada a estímulos internos (tensión) o externos, sin tener en cuenta las consecuencias de los actos para los otros y para sí mismo. El individuo percibe una sensación de tensión o activación interior previa a cometer el acto y posteriormente puede experimentar placer, gratificación y liberación de la tensión. Tras el acto puede tener o no arrepentimiento y presentar sentimientos de culpa o auto reproches.

La impulsividad es un constructo complejo y se refiere a una acción que se realiza sin planificación o sin reflexión sobre las consecuencias de la acción realizada. Se asocia con fallas en el nivel de la conciencia que comprometen la habilidad para reflexionar e impedir los actos o en la inteligencia o el conocimiento para guiar el comportamiento.

Según Téllez (2017, p.67) el comportamiento impulsivo difiere de las acciones premeditadas por tratarse de conductas inapropiadas y de respuesta rápida frente al estímulo desencadenante, falta de reflexión, no modulación de la respuesta y falta de evaluación de la ganancia potencial, elementos que originan disociación entre el acto realizado y la intención de la conducta. La impulsividad incrementa el riesgo de suicidio cuando se asocia con depresión o abuso de alcohol o sustancias psicoactivas. Los individuos que intentaron suicidarse en forma impulsiva comparados con quienes lo hicieron premeditadamente tienen menores expectativas de morir al momento de realizar el acto suicida y utilizan métodos más violentos que con frecuencia originan secuelas físicas severas.

3.5. Estudios relacionados con el riesgo suicida

Existen diferentes estudios que relacionan las variables de los objetivos específicos con el riesgo suicida:

Peñañiel, en un estudio realizado en la Universidad de Alcalá de Henares, denominado “Factores de riesgo y de protección del suicidio adolescente”, descubrió que la baja tolerancia a la frustración es uno de los factores precipitantes del suicidio.

La sociedad moderna prepara a todos sus miembros para competir con el propósito de triunfar. Los hijos reciben el mensaje que deben obtener las mejores calificaciones, ser los más fuertes, apuestos e ingenioso. La sociedad es presentada como algo amenazante, donde sólo sobrevive el mejor. La colaboración ha pasado a un segundo plano. Por otra parte, la sobreprotección, como estilo educativo predominante es la mejor manera de criar hijos e hijas frágiles. Hemos intentado simplificar su vida, sobreprotegiéndolos y evitando que se enfrenten a la mínima dificultad, lo que ha evitado que se responsabilicen en muchas ocasiones de las consecuencias de su conducta y los ha convertido en muchos casos en seres frágiles. El mundo moderno asiste a la generación más preparada académica e intelectualmente de la historia, pero a su vez una «generación de cristal» azotada por la depresión y la ansiedad. Y es que quizás olvidamos que lo que nos diferencia de los animales no es sólo la razón, sino la riqueza emocional que nos aporta las habilidades superiores de pensamiento. Porque los seres humanos somos puras emociones y porque parece que la manera en la que gestionamos nuestras emociones y nuestra inteligencia emocional es más importante de lo que pensábamos.

Goleman definió esta inteligencia como “un concepto que incluye la habilidad para motivarse y persistir frente a las frustraciones, controlar impulsos y demorar gratificaciones, regular los estados de humor, evitar que las desgracias obstaculicen la habilidad de pensar, desarrollar empatía, esperanza, etc.”

Quitándole los obstáculos de la vida a las generaciones más jóvenes, le robamos la oportunidad de adquirir la tolerancia a la frustración, una habilidad esencial para afrontar con éxito las «bofetadas» que da la vida. Aprender a tolerar la frustración nos enseña a enfrentarnos adecuadamente a las situaciones adversas de la vida. Nos frustramos cuando no conseguimos satisfacer algo que deseamos y eso nos enfrenta a emociones que vivimos de forma negativa. Aprender a tolerarlas significa una mayor capacidad de afrontar los problemas y limitaciones, a pesar de las molestias que nos causan. La baja tolerancia a la frustración se relaciona con enormes consecuencias a la salud psíquica de las personas. En su extremo más dramático puede estar detrás de la conducta suicida de los más jóvenes. En ese sentido puede ser considerada como un importante factor de riesgo. El suicidio es en muchos casos la decisión que alguien toma cuando siente que los problemas desbordan a sus capacidades. No podemos seguir criando «niños y niñas de cristal», sino que debemos educarlos de forma libre y responsable. (Peñafiel, 2009, p. 58)

Por otra parte, en una investigación realizada por Téllez-Vargas Jorge, en España, titulada “Impulsividad y suicidio” se encontró que:

Los pacientes con enfermedad mental que intentan el suicidio se observan altos niveles de respuestas agresivas o impulsivas, pocas razones para vivir y mayor frecuencia de ideas de autoeliminación que en los pacientes que no intentan el suicidio. El componente impulsividad/agresividad se manifiesta como antecedentes de conductas agresivas e impulsivas y como rasgos de personalidad que configuran el grupo B de los trastornos de personalidad: trastorno antisocial, límite, histriónico y narcisista. Los estudios muestran que los factores genéticos relacionados con la impulsividad y la conducta suicida son distintos a los factores genéticos que predisponen a los trastornos mentales. Los factores genéticos relacionados con la impulsividad y el suicidio sugieren una alteración en el sistema serotoninérgico al haberse identificado como genes candidatos al gen que codifica la producción de la enzima triptofano

hidroxilasa (TPH), enzima que regula la cantidad de serotonina producida y al gen que codifica la proteína transportadora de serotonina. El factor impulsividad/agresividad puede ser evaluado mediante escalas como la escala de agresión de Brown-Goodwin, el inventario de hostilidad de Buss-Durkee o la escala de impulsividad de Barratt. Oquendo y colaboradores (2004) encontraron en un estudio con 308 pacientes hospitalizados con episodio depresivo mayor diagnosticado de acuerdo con el DSM-III-R (21% con trastorno afectivo bipolar) a quienes observaron durante dos años, que los pacientes que habían intentado el suicidio presentaron mayores puntuaciones en las escalas mencionadas anteriormente y mayor frecuencia de trastornos de personalidad del grupo B, comparados con quienes no lo hicieron. Además, en el grupo que intentó el suicidio se observó mayor frecuencia de antecedentes de abuso en la infancia, trauma craneoencefálico y abuso de sustancias psicoactivas o de alcohol, así como antecedentes de intentos suicidas en los familiares de primer grado. (Téllez-Vargas, 2014, p. 65) Otros estudios han demostrado la estrecha relación entre suicidio y acontecimientos traumáticos en la infancia. Cáceres y Vásquez en un estudio titulado “Intento suicida y antecedente de experiencias traumáticas durante la infancia en adultos con diagnóstico de depresión, trastorno de personalidad limítrofe o esquizofrenia” indican que un elevado porcentaje de pacientes con intento de suicidio sufrieron de experiencias traumáticas en su infancia:

Existe evidencia creciente acerca de las consecuencias psicopatológicas en la vida adulta de hechos traumáticos ocurridos en la niñez y pubertad. El número, tipo y gravedad de las experiencias traumáticas, así como la edad en que se producen, representan factores de riesgo importantes para la aparición de psicopatología en la adultez. Las experiencias traumáticas tempranas son factores de riesgo para varios síndromes psiquiátricos; han sido relacionadas con trastornos del ánimo, de ansiedad, de somatización, así como también con esquizofrenia, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la personalidad. Además de ello, el antecedente de trauma temprano aumenta el riesgo de intentos suicidas en las personas afectadas por tales diagnósticos psiquiátricos. Cuando hablamos de experiencias traumáticas tempranas hacemos referencia al abuso físico, psicológico y sexual, negligencia y pérdida parental. En los Estados Unidos se reportan aproximadamente tres millones de niños maltratados al año: de los casos documentados, cerca de 60% son clasificados como negligencia, 20% como abuso físico y 10% como abuso sexual. El abuso infantil a menudo ocurre en el contexto de otros importantes factores de riesgo.

La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil. Según la OMS, aproximadamente un 20% de las mujeres y un 5 a 10% de los hombres manifiestan haber sufrido abusos sexuales en la infancia, mientras que un 25 a 50% de los niños de ambos sexos refieren maltratos físicos. Se ha postulado que el estrés temprano induce vulnerabilidad a los efectos del estrés en la vida adulta, predisponiendo a las víctimas de abuso infantil y negligencia a numerosas secuelas psiquiátricas. La combinación de factores genéticos, el trauma a temprana edad, y el estrés continuo en última instancia, determinan la capacidad de respuesta de estrés del individuo y de la vulnerabilidad a los trastornos psiquiátricos.

El trauma infantil aumenta dramáticamente el riesgo de intento suicida posterior. Dube y cols., reportaron un incremento del riesgo de intento suicida a lo largo de la vida en pacientes con historia de abuso infantil. En los individuos que no tenían experiencias adversas infantiles, la prevalencia de intento suicida fue de 1,1% mientras que la prevalencia de vida de tener al menos un intento suicida en la población con reporte de eventos adversos infantiles en la niñez fue 3,8%. Cualquier categoría de experiencias adversas (abuso sexual, físico, etc.) incrementó el riesgo de suicidio 2 a 5 veces. En el meta-análisis de Harris y Barraclough se obtuvo como resultado que la depresión mayor aumenta veinte veces el riesgo de suicidio.

Por otra parte, en pacientes con esquizofrenia se han descrito tasas de suicidio de hasta 10%. Los trastornos de personalidad tienen particular relevancia en este tópico ya que pueden influir en 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. Isometsä y cols. hallaron que la mayoría de pacientes con trastornos de la personalidad que se suicidaron, padecieron además trastornos del eje I como depresión, abuso de sustancias o ambas y esta asociación fue mayor en los pacientes con trastornos de personalidad del grupo B (límitrofe, antisocial, narcisista e histriónica). (Cáceres y Vásquez, 2013, p. 256).

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

IV.DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Área a la cual pertenece la investigación

El presente trabajo de investigación pertenece al área de la **Psicología Clínica**, debido a que esta investigación pretende identificar los principales factores asociados al riesgo suicida en jóvenes de la ciudad de Tarija. Respecto a la Psicología clínica, Badia A. (2019, p.1) la define como *“una de las especialidades de la Psicología que caracteriza por estar enfocada en la salud mental, que tiene como objetivos, comprender, tratar y prevenir los problemas y trastornos psicológicos por medio de la evaluación, el diagnóstico, la intervención y la investigación”*.

4.2. Tipificación de la investigación

El presente trabajo de investigación debido a sus características, se tipifica de la siguiente manera:

Tiene un carácter **descriptivo** ya que a través de una serie de variables psicológicas estudiadas se trata de determinar los factores asociados al riesgo suicida en los jóvenes. Concretamente se describe el grado de tolerancia a la frustración, el grado de presencia de traumas infantiles y el nivel de impulsividad característico. Los estudios descriptivos según Pardinás (2015, p.14) Buscan especificar las propiedades importantes del objeto que es estudiado. Esta investigación mide o evalúa diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Además hay que referir que los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables a los que se refieren.

También se puede decir que el estudio realizado es de tipo **teórico**, puesto que el propósito elemental del mismo es generar información y absolver dudas científicas. No es un estudio práctico en la medida que no se pretende dar solución a ninguna situación o problema particular referida a los jóvenes con riesgo suicida. Específicamente se pretende conocer los factores asociados al riesgo suicida. De acuerdo a Sánchez, (2000) *“La investigación teórica; tiene como objetivo aportar elementos teóricos al conocimiento científico, sin tener en cuenta la aplicación de dicha información a la realidad concreta. El producto de la investigación teórica tiene como meta formular nuevas teorías o modificar las existentes”*.

Desde el punto de vista del tratamiento que se dio a los datos se puede indicar que el estudio realizado es de tipo **cuantitativo**. Debido a que todos los tests empleados son de naturaleza numérica y los resultados son expuestos de forma estadística, empleando medidas de tendencia central, tablas cruzadas y porcentajes. Asimismo la aceptación o rechazo de las hipótesis se basa en criterios cuantitativos. Las investigaciones cuantitativas de acuerdo a Hernández, Fernández & Baptista (2014, p.4) *“utilizan la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías”*.

Considerando la dimensión temporal, la presente investigación se tipifica como **transversal** puesto que la misma se realizó en un grupo de distintos sujetos y no se realizó un seguimiento exhaustivo de una o pocas unidades de estudio. Concretamente se conformó una muestra de jóvenes y se les aplicó la batería de test conformada para el efecto, sin realizar el seguimiento de ningún joven durante el tiempo que transcurrió el periodo de levantamiento de datos. Sobre este tipo de trabajos de investigación, Ortega C. (2018, p.1) indica que estos trabajos *“analizan datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra o subconjunto predefinido, además son un tipo de investigación que ayuda a recopilar una gran cantidad de datos de acción rápida”*.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población.

La población estuvo constituida por todos los jóvenes (entre 18-26 años) de la ciudad de Tarija que de acuerdo a estimaciones del INE de la gestión 2022, en la ciudad de Tarija hay alrededor de 93.690 jóvenes entre esas edades. Es importante mencionar que se desconoce el número de jóvenes que se encuentran en situación de riesgo suicida en la ciudad de Tarija, pues no existe en ninguna parte un registro oficial.

Las variables de inclusión que permitieron delimitar la población con mayor precisión son las siguientes:

- a) **Sexo** (Hombres y mujeres)
- b) **Edad** (18 a 20 años, 21 a 23 años y 24 a 26 años)

4.3.2. Muestra.

El número de la muestra no fue determinado a través de fórmulas estadísticas sino por criterios particulares del fenómeno de estudio, se empleó el tipo de muestreo no probabilístico por variable de selección, además en la investigación se empleó un procedimiento de muestreo “bola de nieve” ya que se realizó un contacto directo con los jóvenes que deseaban participar en este estudio, se recopiló datos sobre los pocos miembros de la población objetivo que se pueda localizar, y luego se les pidió que proporcionen información necesaria para localizar a otros miembros que conozcan a la población objeto de estudio (jóvenes con pensamientos recurrentes e ideas suicidas).

Esta técnica es útil cuando se estudia un tema sensible como el del suicidio, en el que la gente podría no hablar abiertamente, o si hablar sobre los temas investigados podría poner en peligro su seguridad., de entre los cuales se seleccionó solamente a aquellos que dieron un resultado de riesgo suicida leve, moderado y considerable, dejando de lado a los sujetos que presentaron ausencia de riesgo suicida.

Es importante mencionar que para la selección de la muestra, se trabajó primero con 165 jóvenes entre 18 y 26 años, a los cuales se les aplicó la escala para la evaluación del riesgo suicida (ERS) y entre todos ellos se seleccionó sólo a los sujetos que presentan un riesgo de suicidio Leve, Moderado y Considerable, descartando 68 sujetos, ya que presentaron ausencia de riesgo suicida. Dando como resultado a 97 jóvenes seleccionados para la muestra, como se muestra en el siguiente cuadro:

Evaluación del Riesgo Suicida (ERS) para la selección de la muestra

Nivel de riesgo suicida	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	68	41,2%
Leve	42	25,5%
Moderado	41	24,8%
Considerable	14	8,5%
Total	165	100%

Fuente: elaboración propia

4.4. Métodos, técnicas e instrumentos

4.4.1. Métodos.

Los métodos que se emplearon en esta investigación fueron los siguientes:

- **Método de análisis y síntesis:** este método fue empleado en todo el proceso de la investigación, ayudó en la desmembración del todo, ayudó a comprender las causas, los efectos y a relacionar la información de las variables. Además se pudo sintetizar la información encontrada en conclusiones, referidas a los objetivos que fueron planteados.
- **Método empírico.-** se utilizó este método, ya que el mismo permitió la recopilación de la información a través de los instrumentos que fueron seleccionados para cada una de las variables principales de la presente investigación.
- **Método estadístico:** este es un método importante para la investigación, debido a que ayudó al procesamiento y a la presentación de los datos obtenidos sobre las variables principales y sociodemográficas. Para ello, se empleó los procedimientos de la estadística descriptiva y se pudieron presentar cuadros en frecuencias y porcentajes.
- **Método deductivo:** Los datos obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos planteados en el proyecto, son interpretados empleando la lógica deductiva, ya que los resultados son comparados con un baremo, lo cual dará una interpretación. La deducción va de lo general a lo particular.

4.4.2. Técnicas.

En la presente investigación todos los instrumentos aplicados corresponden a la técnica de la test psicológicos estandarizados:

- **Test psicológicos estandarizados.-** Para alcanzar las metas en esta investigación se emplearon test estandarizados en cada uno de los objetivos planteados, los cuales cuentan con fiabilidad y validez. Hay que mencionar que un test estandarizado es una prueba que ha sido normalizada; es decir que ésta ha sido probada en una población con distribución normal para la característica a estudiar. Además estos test fueron seleccionados para la presente investigación, debido a que son instrumentos que la población objetivo pudo entender y además no resultan complejos al momento de responderlos.

4.4.3. Instrumentos.

Los diferentes instrumentos que se emplearon en el estudio ejecutado se los presenta a continuación:

Cuadro n°1

Cuadro resumen de las variables e instrumentos

Variables	Instrumentos
Riesgo suicida	Escala para la evaluación del riesgo suicida
Tolerancia a la frustración	Escala de tolerancia a la frustración
Presencia de traumas infantiles	Escala de acontecimientos traumáticos en la infancia
Impulsividad	Escala de impulsividad de Barratt

1.- ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA (ERS)

Autores: Bahamón Muñetón, Marly Johana; Alarcón-Vásquez, Yolima (2018).

Objetivo: Diagnosticar el riesgo suicida.

Técnica: Escala.

Validez y confiabilidad. La consistencia interna total del instrumento fue de 0.934; las escalas mostraron alfa de Cronbach entre 0.71 y 0.929; se aplicó el omega de McDonald con el uso del software R y los resultados fueron muy similares. Se realizó análisis factorial exploratorio método VARIMAX y análisis factorial confirmatorio con el uso del programa estadístico AMOS. Los análisis de ítems, correlación y efectos de suelo y techo mostraron correlaciones entre 0.411 y 0.784 con el puntaje global. Las correlaciones de los ítems con las dimensiones fluctuaron entre 0.71** y 0.908. Una vez obtenida la agrupación de los ítems en cuatro factores, se hallaron correlaciones significativamente altas entre las subescalas con el puntaje global (0.749 a 0.868). En conclusión, el instrumento constituye una medida válida y confiable para la evaluación del riesgo suicida en adolescentes colombianos.

Materiales:

Se trata de una escala tipo Likert, diseñada por las autoras y compuesta por 20 ítems con seis opciones de respuesta donde 1 es totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = parcialmente en desacuerdo, 4 = parcialmente de acuerdo, 5 = de acuerdo, 6 = totalmente de acuerdo. Los ítems se refieren sobre afirmaciones pensando en lo ocurrido en los últimos seis meses. Evalúa los siguientes factores: 1) Depresión y desesperanza, 2) Ideación, planeación y autolesión, 3) Aislamiento/Soporte social, 4) Falta de apoyo familiar. La evaluación consiste en la suma de los puntajes parciales por áreas, según la tabla anexa. El total por área y general, se multiplica por los índices de transformación en centiles y, finalmente, el resultado, se lo compara con la escala interpretativa.

Áreas	Ítems
Depresión y desesperanza	1/2/3/4/5/6. *2.777
Ideación, planeación y autolesión	7/8/9/10/11/12 *2.777
Aislamiento/Soporte social	13/14/15/16 *4.166
Falta de apoyo familiar	17/18/19/20 *4.166
Nivel de riesgo general	Todos los ítems % 1.2

Escala:

Ausencia de riesgo suicida	20-40
Riesgo leve	41-60
Riesgo moderado	61-80
Riesgo considerable	81-100

2.- ESCALA DE TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN (ETAF).

Autores: Nohemí Hidalgo y Fredy Soclle (2011).

Objetivo: Evaluar el grado de tolerancia a la frustración.

Técnica: Escala

Validez y confiabilidad:

Confiabilidad: El coeficiente Alpha para la batería completa es alto dado que está por encima del punto de corte de 0.70, habitualmente aceptados como apropiados para los instrumentos psicológicos. De otro lado, los coeficientes Alpha de los cuatro test que evalúan las dimensiones correspondientes a la capacidad verbal oscilan entre 0.30 y 0.717, dichos valores Alpha son indicadores de una adecuada consistencia interna dado el número pequeño de ítems. Por ende, se puede indicar que la batería E.T.A.F. es confiable.

Validez: La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral), los coeficientes de correlación producto-momento de Pearson (r) son significativos, lo que permite corroborar que el Cuestionario tiene validez de constructo. A su vez, los coeficientes los cuales son producto de la correlación entre cada elemento de la batería y el test total, son entre moderados y relevantes, asimismo, presentan ser altamente significativo.

Materiales:

El ETAF puede ser administrada de manera individual o colectiva y consta de 4 dimensiones: personal, social, laboral y familiar; que están conformadas por 28 ítems. Las dimensiones del ETAF, más sus respectivos ítems, son las siguientes:

- Personal Ítems 1,2,3,4,5,6,7 y 8
- Laboral Ítems 9,10,11,12,13,14 y 15
- Social Ítems 16,17,18,19,20 y 21
- Familiar Ítems 22,23,24,25,26,27 y 28

Cada situación planteada tiene 3 alternativas de respuesta tipo Likert que son: Siempre (3ptos), A veces (2 ptos) y Nunca (1 pto).

Con excepción de los ítems 6 y 9 que son inversos. De acuerdo a la sumatoria de todos los ítems se obtiene los niveles de Tolerancia a la frustración que son los siguientes:

Escala:

Nivel de tolerancia	Puntaje
Nivel alto	De 74 a 84
Nivel medio	De 65 a 73
Nivel bajo	De 28 a 64

3.- ESCALA DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS EN LA INFANCIA. (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ-SF).

Autores: Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998).

Objetivo: Mide los acontecimientos traumáticos en la infancia.

Técnica: Escala

Validez y confiabilidad: Los coeficientes de la consistencia interna de la versión en inglés tienen un rango de 0.84 a 0.89 en abuso emocional, 0.81 a 0.69 en abuso físico, 0.92 a 0.95 en abuso sexual, 0.85 a 0.91 en negligencia emocional y 0.61 a 0.78 en negligencia física (Bernstein et al., 2003). La estructura factorial de los 5 elementos del CTQ-SF se mantuvo tanto en la muestra clínica como en la no referenciada. Los resultados del análisis confirmatorio factorial indicaron una buena y aceptable adaptación del modelo de los 5 factores. Los coeficientes de la consistencia interna de esta versión tienen un rango de 0.87 en abuso emocional, 0.88 en abuso físico, 0.94 en abuso sexual, 0.83 en negligencia emocional y 0.66 en negligencia física.

Procedimiento de aplicación y calificación:

El CTQ-SF evalúa 5 tipos de maltrato: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional, y negligencia física. Cada escala es representada por 5 ítems que son valorados con 5 puntos en una escala tipo Likert, que va de casi nunca es verdad a casi siempre es verdad. Tres ítems adicionales componen la escala para detectar respuestas socialmente aceptadas o reportes de trauma falsos o negativos. Para realizar la corrección de las respuestas a los ítems se debe sumar las puntuaciones adicionales por dimensiones, según el siguiente detalle de ítems:

- Abuso emocional: 3/8/14/18/25
- Abuso físico: 9/11/12/15/17
- Abuso sexual: 20/21/23/24/27
- Negligencia emocional: 5R/7R/13R/19R/28R
- Negligencia física: 1/2R/4/6/26R

Además la escala cuenta con tres ítems adicionales para la detección de respuestas socialmente aceptadas o subregistro de EAT. Ítems adicionales de validez, para corroborar: (10,16 y 22)

Escala:

La sumatoria final se interpreta en base a la siguiente escala:

Presencia de traumas:	Escalas	Total
Ausencia	0-5	0-25
Leve	6-10	26-50
Moderada	11-15	51-75
Considerable	16-20	76-100

4.- ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRAT (BIS-11)

Autor: Barratt, E. S. (1994); Adaptación hispana de: Oquendo MA, Baca-García E, Graver R, Morales M, Montalban V, Mann JJ. (2001)

Objetivo: Evaluar la impulsividad.

Validez y confiabilidad:

En relación a su confiabilidad (coeficiente alfa de Cronbach de 0,77), los resultados son comparables a lo encontrado por otros autores (coeficientes entre 0,7 y 0,9), en estudios internacionales, en distintas poblaciones.

Validez. La validez de constructo se realizó por el método de análisis de ítem-subtest. La relación entre los ítems y el subtest puede expresarse por coeficientes de correlación. Producto-Momento de Pearson (r) los resultados mostraron significancia y oscilan entre (r= ,590) lo que confirma que el cuestionario presenta una validez de constructo.

Para la confiabilidad de la escala se logró a través de un valor de coeficiente de confiabilidad global del cuestionario y sus dimensiones, se estimaron calculando el índice de consistencia interna mediante Kuder – Richardson KR – 20. La consistencia interna global de las

dimensiones del cuestionario de impulsividad resalta un 0,827, mostrando elevada confiabilidad de, 0528, siendo esta aceptada para las investigaciones de tipo básico.

Materiales:

La escala de Barratt (BIS-11) evalúa la impulsividad a través de 30 ítems agrupados en tres subescalas: Impulsividad Cognitiva, Impulsividad Motora e Impulsividad no planeada. El punto de corte para considerar a un individuo altamente impulsivo es de 72 o más; puntuación entre 52 y 71 se considera impulsividad normal, y puntuaciones inferiores a 52 se considera que los sujetos están controlados en exceso o no contestan al cuestionario con sinceridad. En cuanto a las subescalas de impulsividad cognitiva, motora y no planeada, los puntos de corte para el estudio se ha establecido que sea la mediana obtenida con la muestra del estudio, en este caso, para impulsividad cognitiva sería 18, motora 20.5 y no planeada 20. Su aplicación es autoadministrada. Los ítems de las tres subescalas son:

- Impulsividad Cognitiva: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27
- Impulsividad Motora: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29
- impulsividad No planeada: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30

Cada una de las cuestiones tiene 4 posibles respuestas (raramente o nunca, ocasionalmente, a menudo y siempre o casi siempre) que puntúan como 0-1-3-4, salvo los ítems inversos (1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30) que lo hacen al revés (4-3-1-0). La puntuación total es la suma de todos los ítems y las de las subescalas la suma de los correspondientes a cada una de ellas.

Escala:

Nivel	Puntaje
Muy baja	38 o menos
Baja	39 a 51
Normal	52 a 67
Alta	68 a 71
Muy alta	72 o más

4.5. Procedimiento

Las fases por las que atravesó la investigación son las siguientes:

Primera fase: Revisión bibliográfica: Esta fase consistió en la exploración bibliográfica relacionada con la búsqueda y obtención de información acerca de la investigación que permitió fundamentar teóricamente la tesis.

Segunda fase: Selección de los instrumentos. En esta etapa se seleccionó los instrumentos adecuados para el recojo de los datos que permitieron el cumplimiento de los objetivos trazados. La batería de test seleccionada es la siguiente:

1. Escala para la evaluación del riesgo suicida.
2. Escala de tolerancia a la frustración.
3. Escala de acontecimientos traumáticos en la infancia.
4. Escala de impulsividad de Barratt.

Tercera fase: Prueba piloto: En esta fase se realizó la aplicación de los instrumentos a una muestra reducida de 5 jóvenes con riesgo suicida. En base a esta experiencia se pudo determinar el orden de aplicación de los instrumentos, así como el número de sesiones necesarias para esta labor.

Cuarta fase: Selección de la muestra. En este punto se procedió a la selección de cada una de las unidades de estudio mediante un procedimiento de muestreo intencional ya que se realizó un contacto directo con jóvenes de 18 a 26 años, a los cuales se les aplicó la escala de evaluación del riesgo suicida (ERS) y, de entre todos ellos, se seleccionó sólo aquellos que presentan un riesgo de suicidio leve, moderado y considerable.

Quinta fase: Recojo de la información. En esta etapa se aplicó los instrumentos a aquellos jóvenes que puntuaron un riesgo de suicidio leve, moderado y considerable y que por voluntad propia quisieron responder a los tests psicológicos. El orden de aplicación de los instrumentos fue el que figura en la segunda fase del procedimiento, además de aplicarse todos en una misma sesión. Dichos datos se los almacenó en una matriz electrónica, la misma que luego se empleó para su posterior tabulación y cálculo de los estadísticos fundamentales.

Sexta fase: Procesamiento de la información. Una vez obtenidos los resultados se procedió a la sistematización de la información a través de la tabulación en el programa SPSS para Windows, debido a que todos los instrumentos previstos son de naturaleza numérica. Se realizó los cálculos estadísticos básicos, como ser: frecuencias, porcentajes, medias aritméticas, cruzados de variables y comparación de medias aritméticas.

Séptima fase: Redacción del informe final. Al momento de concluir la investigación se procedió a la redacción del informe final donde se expone, en primera instancia, todos los datos obtenidos, ordenados de acuerdo a tablas y siguiendo el orden de los objetivos específicos. Asimismo, se hace un análisis tanto cuantitativo como cualitativo, interpretándolos desde el punto de vista de las corrientes psicológicas adoptadas y que tienen estrecha relación con cada uno de los instrumentos empleados. Dicho análisis culmina con el análisis de las hipótesis (aceptación o rechazo), las conclusiones y las recomendaciones.

4.6. Cronograma

La investigación se desarrolló de acuerdo a estas etapas y calendario:

ACTIVIDAD	GESTIÓN 2021					GESTIÓN 2022										GESTIÓN 2023			
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	MAR	ABR	MAY	JUN	
Revisión Bibliográfica	X	X																	
Selección de los instrumentos		X	X																
Prueba Piloto						X													
Selección de la Muestra			X	X															
Recojo de la información						X	X	X	X										
Procesamiento de la Información										X	X	X							
Redacción del informe final													X	X	X	X	X	X	

CAPÍTULO V

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE

LOS RESULTADOS

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos, mismos que están basados en aplicación y corrección de los instrumentos utilizados en la presente investigación. Los datos obtenidos fueron organizados en una serie de cuadros que reflejan los valores numéricos y porcentuales de cada una de las variables de estudio. Es importante mencionar que las correspondientes interpretaciones se las realizó con los valores más significativos, fundamentando las mismas bajo criterios teóricos para tratar de brindar una respuesta del porqué de los datos obtenidos.

5.1. Variables sociodemográficas

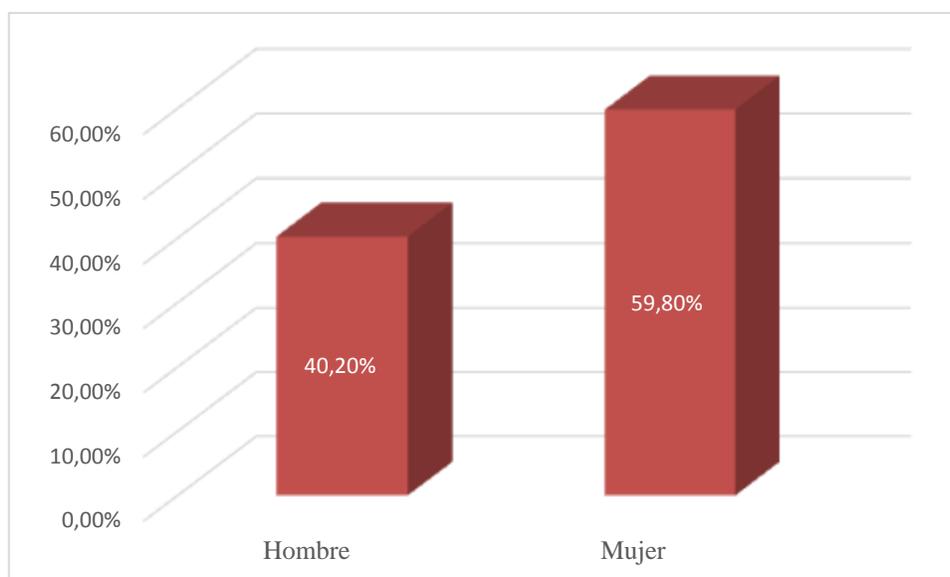
Cuadro n°2

Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	39	40,2 %
Mujer	58	59,8 %
Total	97	100,0 %

Gráfico n°1

Sexo



Una de las características sociodemográficas del trabajo de estudio es el sexo, en el cual de acuerdo al cuadro y gráfico N° 1, se puede observar que se tomó en cuenta como muestra poblacional a 97 jóvenes que cumplían con los criterios de selección de la investigación, donde el 59,8% corresponde al sexo femenino, y el 40,2% al sexo masculino.

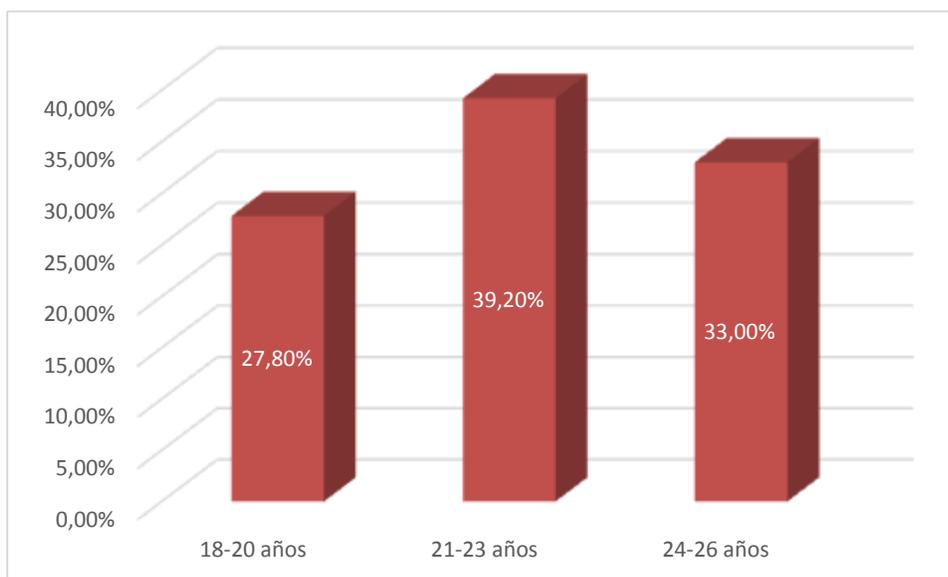
Cuadro n°3

Edad

Rangos	Frecuencia	Porcentaje
18-20 años	27	27,8 %
21-23 años	38	39,2 %
24-26 años	32	33,0 %
Total	97	100 %

Gráfico n°2

Edad



Según los datos arrojados, se tiene a jóvenes de entre 21 a 23 años con el porcentaje más alto 39,2%, jóvenes entre 24 a 26 años con un 33% y con un 27,8% se encuentran los jóvenes de 18 a 20 años que representan la muestra poblacional.

5.2. Primer objetivo específico

De acuerdo al primer objetivo específico; “*Evaluar la prevalencia de riesgo suicida*”, se presentan los siguientes datos:

Cuadro n°4

**Riesgo
jóvenes**

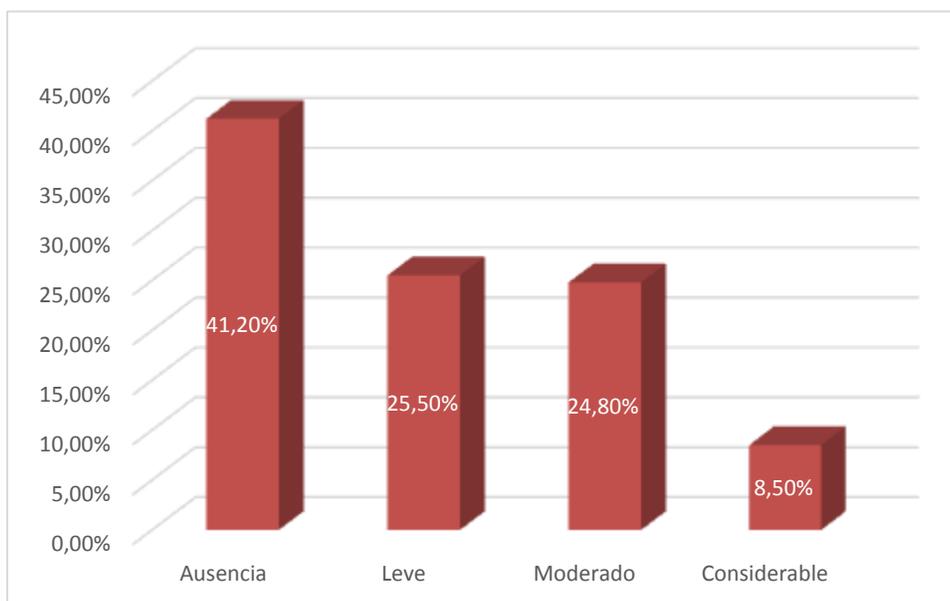
suicida en

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	68	41,2%
Leve	42	25,5 %
Moderado	41	24,8 %
Considerable	14	8,5 %
Total	165	100 %
Muestra	42+41+14= 97 jóvenes, es decir el 59%	

Fuente: Escala de Riesgo Suicida (ERS)

Gráfico n°3

Riesgo suicida en jóvenes



Los datos presentados corresponden a la variable riesgo suicida, la misma que es definida como *“un conjunto de actos y pensamientos que se forma en un individuo para la búsqueda de su propia muerte”* (Bahamon M. & Alarcón Y., 2018).

Según estos resultados, los jóvenes de la muestra presentan una distribución relativamente equilibrada entre los niveles de Riesgo Suicida, con un predominio en el **nivel leve** con el 25,5%, este nivel de riesgo está caracterizado por que no ha habido intentos suicidas, y la ideación es de frecuencia, intensidad y duración bajas, en este nivel la persona no tiene una intención suicida, ni planificación. También en este nivel, los síntomas como la disforia son leves y el autocontrol está conservado, además en este nivel hay que entender que los factores de riesgo son escasos y existen factores protectores identificables, como la familia o apoyo social.

Por otro lado, también se encontró que el 24,8% de los jóvenes presentan un nivel **moderado** de riesgo suicida, esto quiere decir que son personas que pueden tener ideas suicidas más intensas, frecuentes y persistentes, además la desesperanza es moderada, pueden llegar a existir planes vagos, pero no hay intención explícita de cometer suicidio. Los síntomas son moderados y existe un autocontrol. A pesar de ello, es un nivel de riesgo que debe de llamar la atención, pues no es un nivel leve ya que aquí las ideas suelen aumentar en frecuencia e intensidad.

Por último y no así el menos importante, los datos arrojan con un 8,5% que los jóvenes presentan un nivel de Riesgo Suicida considerable, esto quiere decir que los jóvenes en este nivel tienen una ideación frecuente, intensa y persistente, pueden existir planes específicos de suicidio, e indicadores de intención suicida como la elección o búsqueda de un método o la escritura de cartas. Algunos jóvenes en este nivel pueden haber efectuado conductas preparatorias como el ensayo o la búsqueda de un lugar. Aunque el porcentaje no es muy alto, no deja de llamar la atención ya que se trata de personas que se encuentran en un nivel de riesgo preocupante respecto al suicidio, esto puede deberse a distintos factores como problemas académicos o laborales, problemas sentimentales y falta de factores de protección como un buen funcionamiento familiar o social. Siguiendo la idea de la familia, Arias Gutiérrez et al., (2009) refieren que la familia desempeña una función importante en la aparición de la conducta suicida, pues los adolescentes y jóvenes se enfrentan a diversas situaciones en el marco familiar, las cuales al no ser bien comprendidas y analizadas llevan a un desequilibrio emocional que desencadena en la realización de actos suicidas.

Para terminar, es importante referir que según los datos encontrados se puede ver que del total de jóvenes seleccionados, 97 jóvenes presentan niveles de riesgo suicida que van desde leve a considerable, indicando de esta manera una prevalencia del 59% en los jóvenes seleccionados. De igual manera, hay que mencionar que todos los datos y cuadros de aquí en adelante son presentados en función a esa cantidad, debido a que se busca “*Determinar los principales factores asociados al riesgo suicida en jóvenes de la ciudad de Tarija*”.

Cuadro n°5 Dimensiones de la Escala de Riesgo Suicida (ERS)

Nivel	Depresión y desesperanza		Ideación, planeación y autolesión		Aislamiento/ Soporte social		Falta de apoyo familiar	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Ausencia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Leve	34	35,0%	36	37,1%	45	46,4%	44	45,4%
Moderado	44	45,4%	43	44,3%	42	43,3%	45	46,4%
Considerable	19	19,6%	18	18,6%	10	10,3%	8	8,2%
Total	97	100%	97	100%	97	100%	97	100%

Fuente: Escala de Riesgo Suicida (ERS)

En el presente cuadro se pueden los diferente resultados sobre las dimensiones del riesgo suicida, en primer lugar sobre la **depresión y desesperanza**, se pudo encontrar que el 45,4% de los jóvenes de la ciudad de Tarija presentan un nivel moderado que puede entenderse como un nivel en donde ya los jóvenes tienden a ver siempre lo negativo en todo lo que les sucede, además muchos de ellos ya pueden presentar niveles de depresión considerables. Aunque no es el nivel más alto, al ser moderado ya llama la atención y muestra que los jóvenes parte del estudio ya tienen este tipo de sintomatología o rasgos característicos del riesgo suicida. De acuerdo a Regader B. (2015) el principal motivo de la depresión es la falta de esperanza, las personas con depresión tienden a prestar más atención a los aspectos negativos de la vida, además este autor refiere que la depresión es una enfermedad grave que afecta al cuerpo y mente y que por su parte, la desesperanza es uno de los síntomas que pueden presentarse en la depresión.

Tomando en cuenta a la **Ideación, planeación y autolesión**, se observa que el 44,3% de los jóvenes de la ciudad de Tarija con riesgo de suicidio presentan un nivel moderado respecto a esta dimensión. Esto quiere decir que son personas que presentan ideas sobre suicidarse, algunos ya pueden tener hasta alguna planificación, aunque esta todavía no es detallada y explícita. Según,

Sifuentes F. (2018) los pensamientos e intenciones suicidas incluyen la conducta de autolesión y el grado de intención de contemplar su propia muerte, que en términos de frecuencia y circunstancias suelen encontrarse en personas con altos niveles de planificación.

Tomando en cuenta a la tercera dimensión *Aislamiento/ Soporte social*, se puede ver que el 46,4% de los jóvenes presentan un nivel leve, esto significa que gran parte de ellos perciben que no se encuentran del todo aislados socialmente, lo cual además les puede ayudar ya que al estar comunicados o en relación con otras personas, puede existir del debido soporte social. De acuerdo a lo que refiere Bezerra et al. (2021) el aislamiento social percibido por los sujetos juega un rol crucial en el comportamiento suicida, dado que aquellas personas que se aíslan socialmente presentan una soledad crónica que a largo plazo tendrá efectos perjudiciales, interfiriendo con su dinámica social y calidad de vida.

Por último, haciendo referencia a la *Falta de apoyo familiar*, se observa que el 46,4% y el 45,4% de los jóvenes tiene un nivel moderado y leve respectivamente. Lo cual indica que son personas que presentan dificultades relacionadas a sus familias y pueden percibir que sus familias no les brindan el apoyo como debería de serlo, considerando que la familia es un elemento protector importante. No obstante existe un grado de apoyo mínimo por parte de la familia ya que el nivel encontrado no está en un nivel considerable. Sobre esta dimensión, Palacios L. (2015) afirma que desde la perspectiva del entorno familiar, se han identificado los factores de riesgo relacionados con el suicidio, la falta de imagen paterna, disfunción familiar, la ausencia física y emocional de los padres, métodos de crianza autocráticos, supervisión estricta y violencia doméstica. De esta manera, este autor refiere que la familia puede verse como la principal fuente de apoyo y aceptación.

Cuadro n°6

Riesgo Suicida por sexo

	Sexo			Total
		Hombres	Mujeres	
Ausencia	Fr	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0
Leve	Fr	26	16	42
	%	66,7%	27,6%	43,3%
Moderado	Fr	9	32	41
	%	23,1%	55,2%	42,3%
Considerable	Fr	4	10	14
	%	10,3%	17,2%	14,4%
	Fr	39	58	97
	%	100%	100%	100,0%

Fuente: Escala de Riesgo Suicida (ERS)

Estos son los resultados de la variable riesgo suicida en relación al sexo, de acuerdo a ello se puede ver que el 66,7% de los jóvenes del sexo masculino presentan un nivel leve de riesgo suicida. Por su parte el 55,2% de las mujeres presentan un nivel moderado, siendo este un nivel por encima del presentado por los jóvenes del sexo masculino.

Estas diferencias pueden deberse a que las mujeres suelen presentar en mayor frecuencia problemas de tipo afectivos como ansiedad, depresión, por diversos aspectos biológicos y hormonales pueden cambiar abruptamente sus estados de ánimo, todo esto puede estar haciendo que muchas de ellas tengan ideas referidas al suicidio por encima de los varones.

A pesar de que las mujeres tienen mayor ideación suicida que los varones, de acuerdo a la revisión bibliográfica y lo que se refiere en los medios de comunicación, son los varones quienes llegan a presentar mayor letalidad en cuanto a esta problemática. Los varones son quienes en mayor cantidad llegan a cometer el acto de suicidio. Sobre estas diferencias entre sexos, Martínez H., (2016, p.37) refiere que por cada dos o cuatro hombres que se suicidan hay sólo una mujer que lo hace, y por cada hombre que hace una tentativa suicida hay cuatro mujeres que intentan hacerlo. Por lo tanto, si se analiza esto se puede inferir que si bien las mujeres hacen más intentos suicidas, los hombres mueren más frecuentemente por esta causa.

Para terminar, se puede ver que los jóvenes varones presentan niveles leves de riesgo suicida en contraste a las mujeres quienes tienden a presentar niveles moderados.

Cuadro n°7

Riesgo Suicida por edad

	Rangos de Edades			Total
	18-20 años	21-23 años	24-26 años	
Ausencia	Fr	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0
Leve	Fr	11	16	42
	%	40,7%	42,1%	46,9%
Moderado	Fr	11	17	41
	%	40,7%	44,7%	42,3%
Considerable	Fr	5	5	14
	%	18,5%	13,2%	14,4%
	Fr	27	38	97
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Escala de Riesgo Suicida (ERS)

De acuerdo al presente cuadro, se puede ver que el 46,9% de los jóvenes que tienen de 24 a 26 años presentan un nivel leve de riesgo suicida. Por su parte, los más jóvenes que tienen de 18 a 20 y los que tienen de 21 a 23 años de edad a la vez presentan un nivel moderado de riesgo suicida. De esta forma se puede ver que el riesgo suicida, aumenta mientras más joven sea la persona, esto puede deberse a características y etapas por las cuales la persona está travesando. Los más jóvenes todavía se encuentran en una etapa que obviamente ya terminaron la adolescencia, pero todavía se encuentran encaminando sus vidas y adquiriendo mayor madurez. Todo esto puede hacer que ellos se sientan más presionados y no tengan las herramientas necesarias para poder afrontar las situaciones difíciles, haciéndoles pensar en el suicidio.

Para terminar, como se ha podido observar, los jóvenes que tienen de 18 a 20 años y los que tienen de 21 a 23 años, presentan un nivel moderado de riesgo suicida. A diferencia de los jóvenes que tienen de 24 a 26 años de edad, los cuales tienden a presentar en mayor porcentaje un nivel leve.

5.3. Segundo objetivo específico

De acuerdo al segundo objetivo específico; *“Indagar el grado de tolerancia a la frustración”*, se pudieron encontrar los siguientes datos:

Cuadro n°8

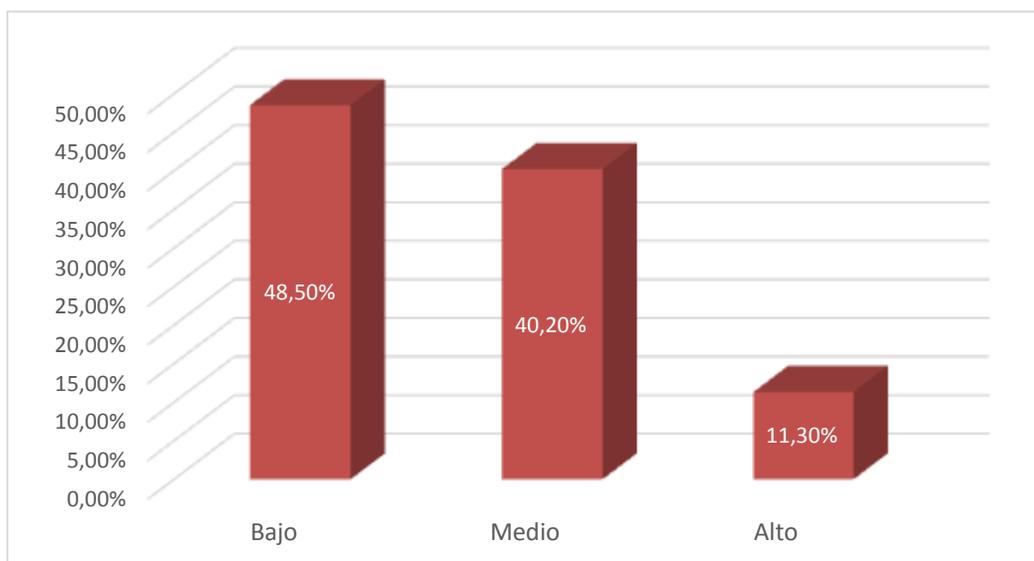
Grado de tolerancia a la frustración

Nivel de Tolerancia	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	47	48,5%
Medio	39	40,2%
Alto	11	11,3%
Total	97	100%

Fuente: Escala de Tolerancia a la Frustración (ETAF)

Gráfico n°4

Grado de tolerancia a la frustración



En el presente cuadro se pueden observar los resultados referidos a la tolerancia a la frustración la cual es definida como *“un estado emocional y conductual positivo del organismo que se produce en el individuo cuando una situación en la que un deseo, un proyecto, una ilusión o una necesidad no se satisfacen o no se cumple permitiendo aceptarlas, logrando así una*

capacidad de espera, paciencia y de calma con actitud reflexiva frente a esta vivencia emocional percibiéndola como un proceso de aprendizaje”. (Hidalgo & Soclle, 2011, p.3).

Considerando el dato más significativo se puede ver que el 48,5% de los jóvenes que presentan riesgo suicida tienen un nivel bajo de tolerancia a la frustración, esto quiere decir que son personas que tienen dificultades para reponerse o aceptar como aprendizaje, cuando algo que tenían proyectado o planificado no se llega a cumplir como ellos lo deseaban. Coffey & Appley, (1993, citados en Hidalgo & Soclle, 2011) refieren que estas personas presentan sensibilidad excesiva hacia todo lo desagradable, magnificando el lado malo de cada situación, magnifican las tragedias y acontecimientos estresantes, tienen una serie de creencias que condicionando su vida y forma de ver el mundo, siguen manteniendo un modo inmaduro de ver las cosas, tal y como hacían en la infancia.

El tener un nivel bajo de tolerancia a la frustración puede ser contraproducente para la persona, ya que al no contar con una capacidad para aceptar las frustraciones, le puede ser más complejo sobreponerse a situaciones estresantes que sean mayores. Para Martins J. (2019) la tolerancia a la frustración, es una habilidad esencial para afrontar con éxito las bofetadas que da la vida, aprender a tolerar la frustración enseña a enfrentar adecuadamente a las situaciones adversas de la vida. Refiere además que nos frustramos cuando no se consigue satisfacer algo que deseamos y eso nos enfrenta a emociones negativas. Aprender a tolerarlas significa una mayor capacidad de afrontar los problemas y limitaciones, a pesar de las molestias que causan. De acuerdo a este autor, la baja tolerancia a la frustración se relaciona con enormes consecuencias a la salud psíquica de las personas, en su extremo más dramático puede estar detrás de la conducta suicida de los más jóvenes, de esta manera, puede ser considerada como un importante factor de riesgo.

Asimismo, de acuerdo al segundo dato, se puede ver que el 40,2% de los jóvenes presentan un nivel medio de tolerancia a la frustración, es decir que son personas que pueden avanzar, aunque en ocasiones pueden vivir con esa frustración por mucho tiempo, esto indica que no tienen una buena capacidad para aceptar las frustraciones que la vida les pueda traer. De acuerdo a lo que refiere Santos (1993, citado en Hidalgo & Soclle, 2011) en estas personas hay un estado de intento para reducir el bloqueo que impide alcanzar los deseos, aunque en algunas ocasiones se acepta vivir con la frustración debido a que está demanda más esfuerzo y paciencia para superarla así pues en vez de continuar para quitarlo o minimizarlo se aprende a

vivir con el problema que causa la frustración asimismo son personas que tienen mayor tolerancia en algunas áreas y en otras no.

Para terminar es importante mencionar que la mayoría de los jóvenes como se ha podido presentar, tienen un nivel bajo de tolerancia a la frustración, denotando que les cuesta aceptar las frustraciones o las cosas que no se cumplen como ellos las desean, esto a su vez potencia el hecho de que presentan algún nivel de riesgo suicida constituyéndose de esta manera, en un factor de riesgo más.

Cuadro n°9

Dimensiones de tolerancia a la frustración

Nivel	Personal		Social		Familiar		Laboral	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Bajo	46	47,4%	48	49,5%	49	50,5%	49	50,5%
Medio	44	45,4%	39	40,2%	35	36,1%	32	33,0%
Alto	7	7,2%	10	10,3%	13	13,4%	16	16,5%
Total	97	100%	97	100%	97	100%	97	100%

Fuente: Escala de Tolerancia a la Frustración (ETAF)

Las dimensiones de la tolerancia a la frustración son cuatro, de las cuales se presentan sus resultados a continuación:

Comenzando por la **dimensión personal**, se observa que el 47,4% de los jóvenes presentan un nivel bajo, esto representan que son personas que al no poder aceptar la frustración suelen presentar muchos comportamientos negativos. De acuerdo a Hidalgo & Soclle, (2011) estas personas con un bajo nivel personal, presentan un mal humor, agitadas, ansiosos, tristes, resentidos, humillados o enfadados con el mundo que debería estar ahí para satisfacer todos sus deseos. Además, se sienten víctimas, se quejan continuamente, culpan a los demás y al mundo de lo que le sucede, suelen ser inflexibles, muy rígidas, inútiles, ilógicas e incongruentes con la realidad. Hay que mencionar que todos estos comportamientos y efectos, pueden potenciar al riesgo suicida, una persona que se encuentra ansiosa, triste, humillada o enojada, tiene mayores posibilidades de tener pensamientos que atenten contra su integridad física y su propia vida.

De acuerdo a la ***dimensión social***, se pudo encontrar que el 49,5% de los jóvenes presentar un nivel bajo, esto quiere decir que estos jóvenes a partir de su frustración pueden volverse más demandantes a su entorno social y por ende sus relaciones interpersonales pueden afectarse. Sobre este nivel Hidalgo & Soclle, (2011) refieren que cuanto más bajo sea el nivel de tolerancia a la frustración se muestran individuos que exigen, ordenan a las personas que lo rodean para que se satisfagan sus deseos a toda costa, por lo general son personas sensibles a las diferencias que existe entre amigos o compañeros, se enfadan o se ponen tristes ante el más mínimo desacuerdo con su medio social. Es necesario referir que toda esta situación se puede volver aún más contraproducente ya que los jóvenes al no contar con un buen apoyo y relacionamiento social, pueden potenciar aún más su intencionalidad de atentar contra ellos mismos.

Tomando en cuenta a la ***dimensión familiar***, se observa que el 50,5% presenta un nivel bajo, esto quiere decir que son personas que viven constantemente atentos a los problemas de carácter familiar, además el no poder tolerar esas frustraciones, puede hacer que tengan mayores problemas dentro de esa dinámica. Hidalgo & Soclle, (2011) indican que un nivel bajo significa que son personas que se mantienen alerta ante los problemas y situaciones familiares que causan molestia para actuar evasivamente y a veces agresivamente, ante crisis como la separación de los padres, la pérdida de un miembro de la familia, pierden las esperanzas de superar dicha crisis.

Finalmente, de acuerdo a la ***dimensión laboral***, un 50,5% de los jóvenes que presentan riesgo suicida a la vez tienen un nivel bajo respecto a esta dimensión, es decir, tienen problemas para desenvolverse en el ámbito laboral, al no poder aceptar lo que les frustra, se pueden sentir abrumados por las exigencias laborales o académicas que puedan tener. Siguiendo esto, Hidalgo & Soclle, (2011) afirman que en los niveles bajos, las personas presentan dificultad para adaptarse a situaciones que requieren exigencias y competencias, manifestando incapacidad de asumirlas hasta terminarlas. Asimismo estos autores, refieren que estas personas con un bajo nivel actúan de manera imprevista, sin poder canalizar sus energías y convertirlas en resultados o logros que se espera, muchas veces ante las exigencias se muestran negativos, pesimistas y frente a eventos de competitividad laboral entre compañeros se pueden desvalorizar.

Cuadro n°10

Tolerancia a la Frustración por sexo

	Sexo			Total
		Hombres	Mujeres	
Bajo	Fr	12	35	47
	%	30,8%	60,3%	48,5%
Medio	Fr	19	20	39
	%	48,7%	34,5%	40,2%
Alto	Fr	8	3	11
	%	20,5%	5,2%	11,3%
	Fr	39	58	97
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Escala de Tolerancia a la Frustración (ETAF)

A continuación se presentan los resultados del cruce entre la tolerancia a la frustración y el sexo de los jóvenes:

De acuerdo a lo que se refiere en el presente cuadro, se puede ver que el 60,3% de las mujeres que fueron parte del estudio presentan un nivel bajo de tolerancia a la frustración. Por su parte, los jóvenes varones presentan en un 48,7% nivel medio de tolerancia, mostrando que tienen mejores niveles que las mujeres. Estos resultados pueden deberse a que los varones socialmente, desde pequeños son inculcados por la sociedad que deben de ser personas fuertes, que deben de reponerse a las situaciones y aprender de los errores, y es por ello, que pueden llegar a tener un nivel de tolerancia a la frustración por encima del presentado por las mujeres. A ellos hay que sumarle, que a las mujeres les cuesta un poco más conseguir sus objetivos debido a que la sociedad le sigue poniendo mayores responsabilidades y algunas trabas, como las laborales por ejemplo. Esto puede hacer que las mujeres se sientan mayormente frustradas al no poder conseguir igualdad.

De acuerdo a las diferencias entre los sexos sobre la tolerancia a la frustración, Degges S. (2022) afirma que la vida no ha sido fácil para nadie últimamente, pero las mujeres parecen llevar una carga emocional desproporcionadamente pesada, la vida de los hombres tiende a mostrar menos perturbaciones, mientras que las mujeres exhiben mayor ansiedad y estrés, ya que las mujeres a menudo se quedan con los roles principales en el cuidado de la familia, las responsabilidades del hogar y el apoyo básico de la unidad familiar.

Esta autora, también indica que la frustración es una reacción normal ante situaciones en las que no se satisfacen las necesidades y no se pueden tomar medidas correctivas, desafortunadamente, gran parte de lo que está impulsando la frustración de las mujeres en este momento son complicaciones que no se pueden abordar fácilmente. Para finalizar, se concluye que los hombres presentan un nivel medio de tolerancia a la frustración, a diferencia de las jóvenes mujeres quienes presentan niveles bajos de tolerancia a la frustración.

Cuadro n°11

Tolerancia a la frustración por edad

	Rango de Edades			Total	
	18-20 años	21-23 años	24-26 años		
Bajo	Fr	5	24	18	47
	%	18,6%	63,2%	56,3%	48,5%
Medio	Fr	14	12	13	39
	%	51,9%	31,6%	40,6%	40,2%
Alto	Fr	8	2	1	11
	%	29,6%	5,3%	3,1%	11,3%
	Fr	27	38	32	97
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Escala de Tolerancia a la Frustración (ETAF)

En el presente cuadro se puede ver el nivel de tolerancia a la frustración en relación a la edad que tienen los jóvenes que fueron parte del estudio, estos datos reflejan una considerable relación ya que el 51,9% de los jóvenes que tienen de 18 a 20 años presenta un nivel medio, a diferencia del 63,2% que tienen los de 21 a 23 años y el 56,3% de los que tienen de 24 a 26 años, los cuales presentan un nivel bajo de tolerancia.

De esta manera entonces, los que tienen mayor edad, muestran que tienen un nivel más bajo de tolerancia, esto puede ser resultado de factores externos y sociales, las personas que tienen de 21 años para arriba por lo general ya suelen entrar en un periodo donde la presión aumenta, ya tienen que buscar y encaminar su futuro económico y laboral, todo esto sumado a un mundo cada vez más competitivo puede hacer que los jóvenes tengan una mayor presión, sobrecarga y estrés que les puede provocar sentirse un poco más frustrados y no tener la capacidad para aceptar los tropiezos que puedan haber.

Para terminar, como se ha expresado en el cuadro, se encontró que los jóvenes de 18 a 20 años presentan un nivel medio de tolerancia a la frustración, a diferencia de los que tienen de 21 a 26 años, los cuales presentan niveles bajos de tolerancia a la frustración.

5.4. Tercer objetivo específico

Tomando en cuenta al tercer objetivo específico; *“Detectar el grado de presencia de traumas infantiles”*, se pudieron encontrar los siguientes resultados:

Cuadro n°12

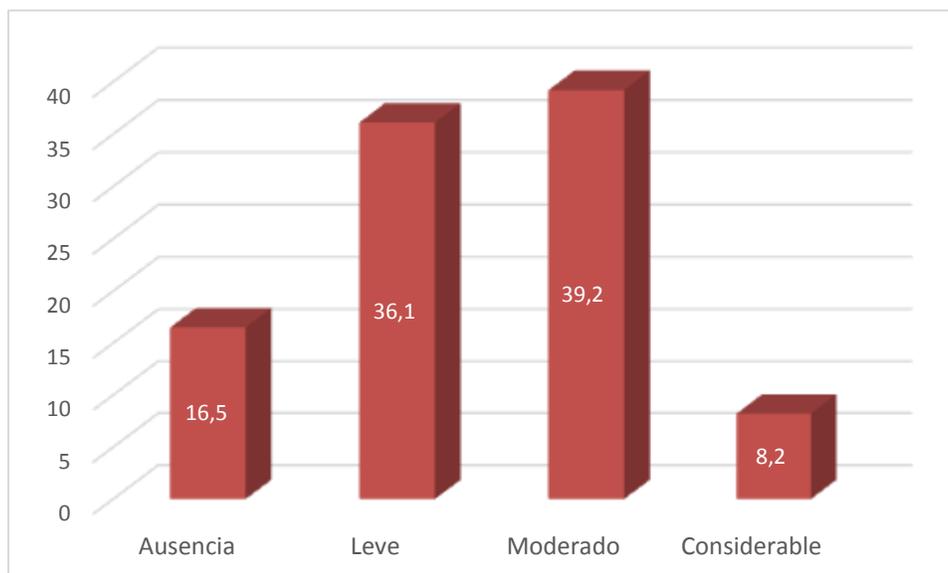
Nivel	Nivel de Trauma infantil		Negligencia física		Abuso sexual		Abuso físico		Abuso emocional		Negligencia emocional	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Ausencia	16	16,5	20	20,6	18	18,6	14	14,4	15	15,5	13	13,4
Leve	35	36,1	39	40,2	38	39,2	33	34,0	31	32,0	30	30,9
Moderado	38	39,2	33	34,0	35	36,1	42	43,3	41	42,3	41	42,3
Considerable	8	8,2	5	5,2	6	6,2	8	8,2	10	10,3	13	13,4
Total	97	100	97	100	97	100	97	100	97	100	97	100

Traumas infantiles en los jóvenes

Fuente: Escala de acontecimientos traumáticos en la infancia

Gráfico n°5

Traumas infantiles en los jóvenes



En el presente cuadro, se presentan los resultados referidos a los traumas infantiles, los cuales son entendidos como “una exposición a factores de estrés graves, repetitivos y prolongados, que suceden durante los periodos críticos de evolución del niño y suelen dar como resultado, mecanismos disfuncionales de regulación en el plano cognitivo, conductual y emocional”. (Bernstein & Fink, 1998, p.11).

De acuerdo a los puntajes más significativos se puede ver que el 39,2% de los jóvenes presenta un nivel moderado de traumas infantiles, esto quiere decir que son personas que han vivido o han estado expuestos a este tipo de situaciones con una alta intensidad de estrés al menos una vez en su vida, lo cual puede generar una afectación importante en diferentes ámbitos de la vida de los jóvenes. También hay que indicar que estos traumas infantiles moderados pueden estar relacionados con el riesgo suicida que presentan los jóvenes, debido a que diversos autores refieren la relación e influencia entre dichas variables. Tomando en cuenta esta idea, Navarro F, Zabala C., & Ricarte J., (2019) refieren que algunos factores de riesgo son el padecimiento de trastornos psicopatológicos, los antecedentes familiares, el abuso de alcohol y/o drogas, y la desesperanza o historial de abuso infantil. Respecto a este último, estos mismos autores indican que los estudios publicados han demostrado que haber sufrido experiencias traumáticas durante la infancia puede suponer un factor de riesgo para futuros comportamientos suicidas. De igual manera, esto lo afirma Cáceres E. & Vásquez F., (2013) quienes dicen que la historia de experiencias traumáticas en la infancia ha sido asociada con el desarrollo de psicopatología en la población adulta, no solamente con el incremento de riesgo para trastornos psiquiátricos, sino también con la ocurrencia de posteriores intentos suicidas y peor pronóstico en el curso de la enfermedad. Considerando todo ello, es que se toma en cuenta a los traumas infantiles como un factor de riesgo asociado al riesgo suicida en el presente trabajo de investigación, debido a su influencia en el individuo ya cuando este es joven o adulto.

Por otra parte, tomando en cuenta a las dimensiones, empezando por *negligencia física*, se pudo encontrar que el 40,2% presenta un nivel leve, lo cual significa que los jóvenes perciben que sus padres o cuidadores no satisficieron sus necesidades básicas y de cuidado, aunque esto fue en un nivel leve, esto indica que hubieron oportunidades en las que los padres de familia sí pudieron cumplir con este tipo de deberes para con sus hijos.

Respecto a la dimensión, *abuso sexual*, los resultados muestran que tienen un nivel leve, esto significa que los jóvenes refieren que sí tuvieron alguna experiencia traumática relacionada a algún abuso de tipo sexual, aunque lo refieren en un nivel leve. Pero si analizamos, el puntaje bajo, se puede notar que hay un 6,2% que presenta un nivel considerable, lo cual es un indicador grave de abuso y que debe de llamar la atención, por los efectos que conlleva este tipo de delito.

Asimismo, de acuerdo al *abuso físico y abuso emocional*, se observa que el 43,3% y el 42,3% presenta un nivel moderado, esto significa que aunque no en un nivel grave, los jóvenes si sufrieron este tipo de maltrato infantil, en otras palabras pudieron haber sufrido agresiones corporales o agresiones verbales al sentido de valía o bienestar de ellos como niños o cualquier conducta humillante, lo cual termina siendo un resultado alarmante y negativo, pues el hecho de que hayan sufrido algún tipo de abuso de estas índoles, puede aumentar la probabilidad de que el individuo pueda tener riesgo suicida. Según Suarez E. (2022) las personas que han sido víctimas de cualquier tipo de violencia o abuso durante la niñez o adolescencia tienen hasta dos veces mayor riesgo de realizar intentos de suicidio cuando son jóvenes o adultos jóvenes, además afirma que este riesgo casi se cuadruplica cuando el abuso ha sido de tipo sexual y a la vista de estos datos, los niños y jóvenes que han sufrido violencia o abuso, deberían ser especialmente considerados en los programas de prevención del suicidio.

Respecto a la dimensión de *negligencia emocional*, se observa que el 42,3% de los jóvenes tienen un nivel moderado, denotando que si sufrieron una carencia de afecto o apoyo emocional. Para Bernstein & Fink, (1998) esta es una dimensión importante y que se presenta como aquella incapacidad de los cuidadores para satisfacer las necesidades emocionales y psicológicas básicas de los niños, que incluyen amor, pertenencia, cuidado y apoyo.

Para terminar, es importante mencionar que hay factores protectores y una parte individual que influye, no obstante los traumas infantiles pueden dejar marcas irreparables para la persona que los sufre. De acuerdo a Navarro F, Zabala C., & Ricarte J., (2019) dependiendo de las características de cada persona, su entorno y sus capacidades de afrontamiento, estos episodios traumáticos podrán, en unos casos, no repercutir en la vida de la persona más allá del propio suceso; pero en otros casos, pueden dar pie a futuras complicaciones a corto, medio o largo plazo, en función de la naturaleza e intensidad de dicho acto, de la edad a la que se sufre o de las características sociodemográficas.

Cuadro n°13

Traumas infantiles por sexo

Trauma	Sexo		Total	
	Hombres	Mujeres		
Ausencia	Fr	12	4	16
	%	30,8%	6,9%	16,5%
Leve	Fr	9	26	35
	%	23,1%	44,8%	36,1%
Moderada	Fr	16	22	38
	%	41%	37,9%	39,2%
Considerable	Fr	2	6	8
	%	5,1%	10,3%	8,2%
Total	Fr	39	58	97
	%	100%	100%	100,0%

Fuente: Escala de acontecimientos traumáticos en la infancia

Los resultados que se reflejan en el presente cuadro indican que el 44,8% de las jóvenes que son mujeres presentan un nivel leve de traumas infantiles, en contraste al 41% que presentan los varones que fueron parte del estudio. Esto puede deberse al hecho de que los hombres en esa etapa de la niñez en muchas oportunidades terminan recibiendo una crianza más dura y compleja, algunos casos con maltrato físico y negligencia por parte de los padres, solo por ser varones y porque el varón tiene que aguantar y ser fuerte. A todo ello, hay que sumarle que este problema en los varones no se expone en gran manera en la sociedad, ya que por lo general los hombres no suelen hablar abiertamente sobre sus traumas o problemas, es por eso que en la sociedad no se visibilizan estos problemas.

Es importante mencionar que las mujeres presentaron un nivel leve, no obstante ellas también sufren diferentes tipos de abusos y negligencia en la infancia, por lo tanto debe ser una necesidad constante el hacer este tipo de evaluaciones en la población. Según el cuadro, los traumas infantiles tanto en hombres como en mujeres, se ha visto presente, esto lamentablemente puede aumentar la probabilidad en la persona de presentar algún nivel de riesgo suicida. Sobre esto, Muñoz M. (2023) indica que las experiencias dolorosas como el abuso sexual, la pérdida de un ser querido o el acoso escolar, entre otras., pueden dejar profundas y duraderas heridas en la salud mental de quienes las sufren alterando su desarrollo emocional y afectando su bienestar, su desempeño escolar

y laboral, y sus relaciones sociales a lo largo de toda la vida. Indica que son como gotas que caen en un estanque creando ondas que se extienden por toda la superficie amplificándose con el paso del tiempo y pueden derivar en el desarrollo de una depresión grave y crónica, y aumentar el riesgo de suicidio.

Para terminar, hay que referir que si bien, los jóvenes varones presentan un nivel de traumas infantiles moderado, a diferencia de las mujeres quienes tienden a presentar niveles leves, se concluye que existe presencia de traumas infantiles en varones como en mujeres.

Cuadro n°14

Traumas infantiles por edad

	Rango de Edades			Total	
	18-20 años	21-23 años	24-26 años		
Ausencia	Fr	5	7	4	16
	%	18,5%	18,4%	12,6%	16,5%
Leve	Fr	7	17	11	35
	%	25,9%	44,7%	34,4%	36,1%
Moderada	Fr	12	12	14	38
	%	44,4%	31,6%	43,8%	39,2%
Considerable	Fr	3	2	3	8
	%	11,1%	5,3%	9,4%	8,2%
	Fr	27	38	32	97
	%	100%	100%	100%	100,0%

Fuente: Escala de acontecimientos traumáticos en la infancia

En el presente cuadro se muestra la información referida a los traumas infantiles en relación a la edad que tienen actualmente los jóvenes, de acuerdo a esto se puede ver que el 44,7% de los que tienen de 21 a 23 años presentan un nivel leve, a diferencia de los 44,4% que tienen de 18 a 20 años y los que 43,8% de los que tienen 24 a 26 años de edad, los cuales presentan un nivel de traumas infantiles moderado.

Se observa de manera general, que no hay una relación clara y uniforme entre estas variables, ya que tantos los más jóvenes y los de mayor edad presentan niveles moderados por encima del leve que tienen los que se encuentran en una mediana edad. Esto puede deberse a que tantos lo más jóvenes y los más mayores, están en una etapa compleja y los efectos traumáticos de la infancia pueden estar apareciendo más y siendo un problema para ellos. Por una parte, los que

tienen de 18 a 20 están en una etapa en la que por lo general, se encuentran estresados por escoger una carrera o empezar una vocación y terminando de madurar a la vez. Y los de 24 a 26 años de edad ya están en una etapa en la que la presión, la competitividad, el estrés es mayor que en otras etapas y esto puede estar haciendo que los mecanismos de afrontamiento no sean los mejores.

En función a los datos presentados, se puede concluir que los jóvenes que tienen de 18 a 20 años y los que tienen 24 a 26 años presentan niveles moderados, mientras que los que tienen 21 a 23 años presentan niveles leves de traumas infantiles.

5.5. Cuarto objetivo específico

De acuerdo al cuarto objetivo específico; *“Investigar el nivel de impulsividad”*, se pudo encontrar los siguientes resultados significativos:

Cuadro n°15

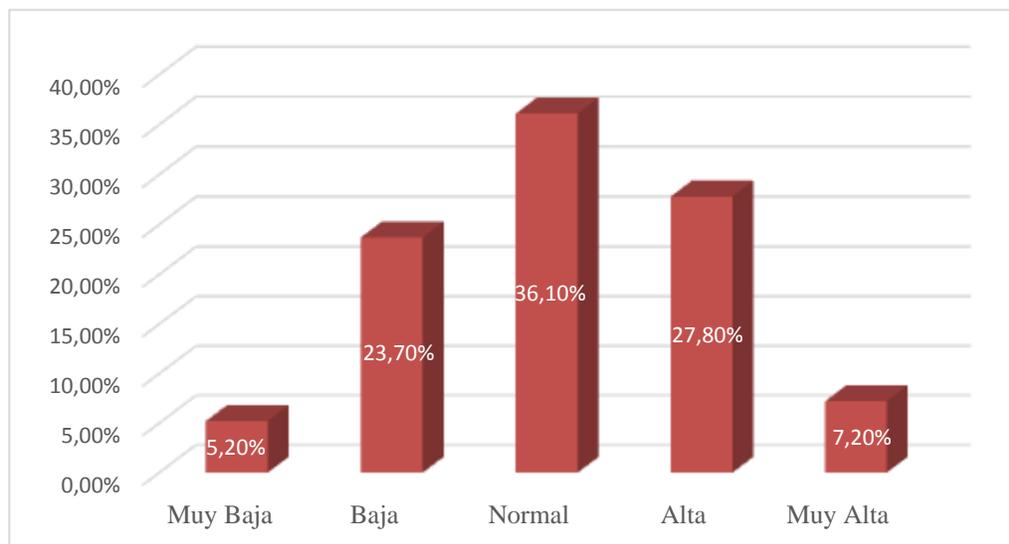
Nivel	Nivel de Impulsividad general		Impulsividad Cognitiva		Impulsividad no planeada		Impulsividad Motora	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Muy Baja	5	5,2%	6	6,2%	9	9,3%	8	8,2%
Baja	23	23,7%	24	24,7%	13	13,4%	29	29,9%
Normal	35	36,1%	32	33,0%	33	34,0%	26	26,8%
Alta	27	27,8%	28	28,9%	31	32,0%	30	30,9%
Muy Alta	7	7,2%	7	7,2%	11	11,3%	4	4,1%
Total	97	100%	97	100%	97	100%	97	100%

Impulsividad en los jóvenes

Fuente: Escala de Impulsividad de Barratt.

Gráfico n°6

Impulsividad en los jóvenes



En el presente cuadro, se presenta toda la información referida a la impulsividad, la misma que se puede entender de acuerdo a Barratt E., et al. (1997, p.23) como *“una tendencia a actuar de*

manera inmediata y poco meditada para responder a estímulos intrínsecos y/o extrínsecos a pesar de los efectos negativos que podrían generar para sí misma como para otras personas”.

El dato más significativo indica que el 36,1% de los jóvenes con riesgo suicida presentan un nivel de impulsividad normal, esto quiere decir, que son personas que suelen actuar y responder ante situaciones de una manera meditada. No obstante si se analiza de manera general el cuadro, se puede ver que los datos se encuentran dispersos y que la mayoría de los jóvenes muestra una tendencia a presentar un nivel de impulsividad que va desde normal hasta muy alta, denotando que tienen dificultades para poder controlar sus impulsos y reaccionan de manera rápida ante cualquier situación o estímulo, esto puede llegar a complicar aún más la situación si es que se trata de personas con riesgo suicida considerable, ya que la conducta suicida está íntimamente relacionada con la impulsividad. De acuerdo a Téllez J. (2018) el acto suicida con frecuencia se asocia con depresión y desesperanza pero requiere la presencia de factores capaces de reducir la inhibición que existe hacia la conducta suicida, para que de esta forma se pueda realizar el intento de autoeliminación, es aquí donde aparece la impulsividad como un factor que desinhibe el comportamiento y origina conductas de alto riesgo e incluso comportamientos suicidas, razón por la cual se asocia con intentos fallidos de suicidio o gestos suicidas. Además hay que mencionar que este autor refiere que la impulsividad incrementa el riesgo de suicidio cuando se asocia con depresión o abuso de alcohol o sustancias psicoactivas.

De acuerdo a lo encontrado en las dimensiones se puede ver una situación parecida, debido a que en todas, los puntajes se muestran dispersos. Empezando por la ***impulsividad Cognitiva*** haciendo la sumatoria de puntajes se puede ver que el 36,1% de los jóvenes tiende a presentar un nivel de impulsividad alta y muy alta, denotando que son personas que reacción rápido y toman decisiones de manera precipitada, no hacen un análisis de la situación en la que se encuentran. De esta dimensión, Barratt E., et al. (1997) afirma que hay una escasa capacidad de concentrarse en la tarea o actividad que se está llevando a cabo, implica una tendencia a tomar decisiones de manera apresurada. Además este autor indica que, en este tipo de impulsividad, hay precipitación intelectual, sin análisis ni razonamientos previos, algo que puede ser muy contraproducente, porque en una situación como la del riesgo suicida, es en

donde más razonamiento y toma de decisiones inteligentes se necesitan para no atentar contra la propia integridad.

Por su parte, en la ***Impulsividad No planeada*** se observa que el 43,3% de los jóvenes presenta un nivel de impulsividad que va desde alta a muy alta, es decir, que estos jóvenes tienen problemas para planear las cosas, mostrando un mayor interés por el presente y despreocupación por el futuro o los acontecimientos que puedan venir, esto resulta negativo para ellos ya que muestra que no tienen proyecciones a futuro y no hay una planificación, vivir en el presente sin tener un plan puede resultar riesgoso y puede aumentar el riesgo suicida. Herdoiza P. & Chóliz M. (2018) refieren que la impulsividad es un constructo multidimensional y heterogéneo, que supone un riesgo para la persona y que suelen acarrear consecuencias indeseables, que este caso podría ser el riesgo suicida.

Finalmente en relación a la ***Impulsividad Motora*** se pudo encontrar que el 35,0% de los jóvenes consultados presentan niveles que van desde una impulsividad alta a muy alta. Para Barratt E., et al. (1997) esta impulsividad corresponde a actuar sin pensar, realizando movimientos automáticos y dejándose llevar por el arrebato del instante, además se presentan movimientos rápidos y poco coordinados. Este es un resultado que se relaciona con el riesgo suicida y que representa algo poco favorable, ya que una persona que motrizmente no pueda controlarse puede llegar a atentar contra su integridad física o su propia vida.

Cuadro n°16

Impulsividad por sexo

	Sexo			Total
		Hombres	Mujeres	
Muy baja	Fr	1	4	5
	%	2,6%	6,9%	5,2%
Baja	Fr	10	13	23
	%	25,6%	22,4%	23,7%
Normal	Fr	8	27	35
	%	20,5%	46,6%	36,1%
Alta	Fr	16	11	27
	%	41,0%	19,0%	27,8%
Muy alta	Fr	4	3	7
	%	10,3%	5,2%	7,2%
	Fr	39	58	97
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Escala de Impulsividad de Barratt

Los resultados del presente cuadro refieren una relación entre ambas variables, debido a que el 46,6% de las jóvenes mujeres presentan un nivel de impulsividad normal, a diferencia del 41,0% de los jóvenes varones quienes presentan en mayor porcentaje un nivel de impulsividad alta, denotando que la impulsividad es más frecuente en los varones.

Esto puede deberse a diferentes factores que pueden ser biológicos o de tipo social y de crianza. Por parte de lo biológico, puede estar influenciado por la mayor cantidad de testosterona que tienen los varones y la fuerza física, ahora si hablamos de lo social y de crianza, se puede entender en el hecho de que a los varones socialmente se los educa a que sean más activos, demostrando rapidez y fuerza en sus acciones, haciendo que en la vida adulta muchas veces actúen sin hacer un buen razonamiento previo. Haciendo referencia a los factores biológicos, por ejemplo, Huston T. (2017) refiere que una explicación posible se encuentra en la corteza orbito frontal, una región que está justo detrás de los ojos y es esencial para la autoevaluación, la toma de decisiones y el control de los impulsos, se encontró que quienes tienen mayores niveles de testosterona muestran menos actividad en su corteza orbito frontal, cuando esa parte del cerebro es menos activa, la gente tiende al exceso de confianza en sus capacidades de razonamiento. Este mismo autor afirma que en los hombres con más testosterona, los estados de ánimo no cambian mucho, pero su capacidad de analizar con cuidado sí tiende a cambiar.

De esta manera entonces, se pudo ver que los varones presentan un nivel de impulsividad alta, a diferencia de las jóvenes del sexo femenino quienes tienden a presentar un nivel normal de impulsividad.

Cuadro n°17

Impulsividad por edad

	Rangos de Edades			Total	
		18-20 años	21-23 años		24-26 años
Muy baja	Fr	2	2	1	5
	%	7,4 %	5,3%	3,1%	5,2%
Baja	Fr	7	9	7	23
	%	25,9%	23,7%	21,9%	23,7%
Normal	Fr	7	15	13	35
	%	25,9%	39,5%	40,6%	36,1%
Alta	Fr	8	8	11	27
	%	29,6%	21,1%	34,4%	27,8%
Muy alta	Fr	3	4	0	7
	%	11,1%	10,5%	0,0%	7,2%
Total	Fr	27	38	32	97
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Escala de Impulsividad de Barratt

De acuerdo al cuadro presentado, se puede ver que el 29,6% de los jóvenes que tienen 18 a 20 años de edad presentan un nivel de impulsividad alta, a diferencia de los jóvenes que tienen de 21 a 23 años y los que tienen de 24 a 26 años quienes ya presentan una disminución en la impulsividad ya que presentan un nivel normal de impulsividad.

Estas diferencias pueden estar relacionadas a la edad y a la maduración que tienen estos jóvenes, que a pesar de que ya no están en la adolescencia, todavía se encuentran en ese proceso de maduración y por ello, pueden estar registrando niveles de impulsividad elevados, todavía no actúan con un criterio y pensando antes las cosas. De acuerdo a Martín A. (2015) la impulsividad es poco racional y a menudo desmedida, ante un acontecimiento externo, un estímulo interno o a la hora de tener que tomar una decisión. Decimos que es poco racional, porque la persona impulsiva no mide las consecuencias de sus actos. Esta misma autora refiere que existen multitud de teorías que explican el incremento de la impulsividad en los adolescentes, aunque generalmente se entiende que los adolescentes son

más impulsivos debido a varios factores diferentes como la maduración, consumo de sustancias o la testosterona.

Para terminar, hay que indicar que según estos resultados se puede concluir que existe diferencia entre la impulsividad y la edad, ya que los jóvenes de 18 a 20 años presentan una impulsividad alta, a diferencia de los que tienen de 21 a 26 años de edad quienes tienden a presentar un nivel normal.

5.6. Análisis de las hipótesis

De acuerdo a los resultados encontrados, se presenta el siguiente análisis de las hipótesis que fueron planteadas en una etapa inicial del trabajo de investigación:

Primera hipótesis: *La prevalencia de riesgo suicida en los jóvenes de la ciudad de Tarija es mayor al 40%*

- De acuerdo a los datos mostrados en el cuadro n°4, se observa que un 25,5% de los jóvenes presentan un nivel leve de riesgo suicida, además se encontró una prevalencia del 59%. De esta manera la hipótesis planteada se confirma.

Segunda hipótesis: *El grado de tolerancia a la frustración de los jóvenes con presencia de riesgo suicida de la ciudad de Tarija es “bajo”.*

- Según los datos del Cuadro n°8, se puede ver que el 48,5% de los jóvenes presentan un grado de tolerancia a la frustración bajo, de esta forma la hipótesis se rechaza.

Tercera hipótesis: *El grado de presencia de traumas infantiles de los jóvenes con presencia de riesgo suicida de la ciudad de Tarija es “moderado”.*

- Tomando en cuenta el Cuadro n°12, se observa que el 39,2% de los jóvenes presentan un grado moderado de presencia de traumas infantiles, de esta manera la hipótesis planteada en un inicio se rechaza, ya que el puntaje es bajo y los resultados están dispersos.

Cuarta hipótesis: *El nivel de impulsividad de los jóvenes con presencia de riesgo suicida de la ciudad de Tarija es “alto”.*

- Finalmente de acuerdo a la cuarta hipótesis, en el Cuadro n°15 se evidencia que un 36,1% de los jóvenes presentan un nivel normal, aunque también destacan niveles de impulsividad alta (27,8%) y muy alta (7,2%). No obstante la hipótesis se rechaza.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

Una vez realizado el análisis, discusión e interpretación correspondiente al tema de investigación, se procede a la presentación de las siguientes conclusiones:

- De acuerdo a los resultados obtenidos se denota una prevalencia de riesgo suicida en un 59% en los jóvenes seleccionados. Asimismo, se encontró que los jóvenes varones presentan niveles leves de riesgo suicida a diferencia de las mujeres quienes tienden a presentar niveles moderados. Por su parte, los jóvenes que tienen 18 a 20 años y los que tienen de 21 a 23 años, presentan un nivel moderado de riesgo suicida, a diferencia de los jóvenes que tienen de 24 a 26 años de edad, los cuales tienden a presentar en mayor porcentaje un nivel leve.
- Tomando en cuenta a la *tolerancia a la frustración*, los jóvenes que presentan riesgo suicida tienen un nivel bajo de tolerancia a la frustración, presentando bajos niveles en la dimensión familiar y laboral. Asimismo, los hombres presentan un nivel medio de tolerancia a la frustración, a diferencia de las mujeres quienes presentan niveles bajos. De igual forma, los jóvenes de 18 a 20 años presentan un nivel medio de tolerancia a la frustración, a diferencia de los que tienen de 21 a 26 años, los cuales presentan niveles bajos de tolerancia a la frustración.
- De acuerdo a los *traumas infantiles*, se observa que los jóvenes presentan un nivel moderado de traumas infantiles, esto quiere decir que son personas que han vivido o han estado expuestos a este tipo de situaciones con una alta intensidad de estrés al menos una vez en su vida. Con altos puntajes en abuso físico, abuso emocional y negligencia emocional. En relación al sexo, si bien se encontró que los jóvenes varones presentan un nivel de traumas infantiles moderado, a diferencia de las mujeres quienes tienden a presentar niveles leves, se concluye que existe presencia de traumas infantiles en varones como en mujeres. Además, los que tienen de 18 a 20 años y los que tienen 24 a 26 años presentan niveles moderados, mientras que los que tienen 21 a 23 años presentan niveles leves de traumas infantiles.
- Finalmente, respecto a la *impulsividad*, los jóvenes con riesgo suicida presentan un nivel de impulsividad normal, esto quiere decir, que son personas que suelen actuar y responder

ante situaciones de una manera meditada, aunque también resaltan puntajes en alta y muy alta impulsividad. En la dimensiones, destacan puntuaciones altas en impulsividad no planeada y cognitiva. Los varones presentan un nivel de impulsividad alta, a diferencia de las jóvenes del sexo femenino quienes tienden a presentar un nivel normal de impulsividad. Así también los jóvenes con riesgo suicida de 18 a 20 años presentan una impulsividad alta, a diferencia de los que tienen de 21 a 26 años de edad quienes tienden a presentar un nivel normal.

Objetivo general: *Determinar los principales factores asociados al riesgo suicida en jóvenes de la ciudad de Tarija.*

De acuerdo a este objetivo general, se encontró que los jóvenes con riesgo suicida tienden a presentar niveles bajos de tolerancia a la frustración, tendencia a un nivel moderado de traumas infantiles y una impulsividad normal, con tendencia a alta.

6.2. Recomendaciones

Con base a los resultados obtenidos se procede a brindar las siguientes recomendaciones:

- El riesgo suicida es un problema delicado y debe de llamar más la atención, por lo cual se recomienda a las autoridades de todos los niveles de gobierno, la implementación de nuevas y mejores políticas de prevención y de intervención con los casos que haya que atenderlos. La salud mental debería de convertirse en un tema necesario de salud pública.
- La prevención de los traumas infantiles es una tarea fundamental para la sociedad en su conjunto que requiere una participación activa. Por ende se recomienda a la sociedad crear entornos seguros y afectuosos, garantizando la protección física y emocional de los niños en sus hogares, escuelas y comunidades.
- Se recomienda fomentar espacios de socialización sobre la impulsividad y la tolerancia a la frustración, tanto en las unidades educativas como en las universidades, para generar en los jóvenes y futuros adultos, una mejor capacidad de afrontar las dificultades y que ellos también puedan manejar de mejor manera sus impulsos, aplicando siempre el razonamiento ante cualquier situación estresante en la vida.

- Desarrollar un plan terapéutico encaminado a fortalecer las estrategias de afrontamiento para así resolver los problemas que se presenten de la manera más adecuada y evitar problemas generados por la falta de las mismas: como aislamiento, consumo de alcohol, drogas, suicidio entre otros problemas. En relación a la impulsividad sería recomendable establecer un programa de psicoterapia individual y grupal breve a trabajarse con los estudiantes conjuntamente con el apoyo de las autoridades y del departamento psicológico situado en nuestra facultad, para contribuir con la salud mental de los futuros profesionales.

A futuros investigadores

- Considerando que el suicidio es un tema muy delicado es preciso realizar no solo un trabajo de investigación estadístico, sino someter los futuros estudios a un tipo de investigación acción, donde el investigador se permita realizar un plan de acción consecuente con los resultados obtenidos y que involucren al investigador, a los padres de familia y a instituciones formadas en prevención.
- A través de esta investigación se pudo llegar a la conclusión de que es preciso profundizar la relación del Riesgo Suicida con otras variables, de esta manera se recomienda abordar variables condicionantes de orden psicosocial, como el funcionamiento familiar, estrés, autoestima, entre otras. Dándoles un enfoque cualitativo de investigación, en donde además se puedan emplear técnicas como la entrevista clínica.
- Para lograr resultados generalizables es necesario contar con una muestra de mayor significancia, considerando varios establecimientos educativos de la ciudad de Tarija, apoyada con un equipo de trabajo que coadyuve en la investigación. De este modo se alcanzará importantes resultados para generar políticas de prevención suicida, que sean prácticas y efectivas.