



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO BOLÍVAR  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
"Dr. Francisco Battistini Casalta"  
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL**

***DETECCION PRECOZ DE FACTORES DE RIESGO  
PSICOSOCIALES EN LA CONDUCTA SUICIDA DE LOS  
ADOLESCENTES CIUDAD GUAYANA – ESTADO BOLIVAR  
ENERO – DICIEMBRE DE 2008***

**ASESORA:  
Dra. Norma Conquista**

**ANTEPROYECTO PRESENTADO POR:  
Br. Cazorla Torres, Keyla Gabriela  
C.I. V- 13.994.143**

**Ciudad Bolivar, Febrero De 2009**



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO BOLÍVAR  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
“Dr. Francisco Battistini Casalta”  
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL**

***DETECCION PRECOZ DE FACTORES DE RIESGO  
PSICOSOCIALES EN LA CONDUCTA SUICIDA DE LOS  
ADOLESCENTES. CIUDAD GUAYANA – ESTADO BOLIVAR  
ENERO – DICIEMBRE DE 2008***

**Asesora:  
Dra. Norma Conquista**

**Bachiller:  
Cazorla Torres Keyla Gabriela  
C.I. 13.994.143**

**Ciudad Bolívar, Mayo De 2009**



## **DEDICATORIA**

A mi amadísimo Dios y Virgen del Valle, a quienes dedico éste logro porque sin su ayuda y fortaleza en cada instante no hubiese podido sobrevivir.

A mis padres Aracelis y Joaquín, a mi hermano Keyn quienes en las alegrías y tristezas fueron y siguen siendo un gran apoyo en mi vida.

A mi amigo y esposo Winmer, quien con muchos regaños y apoyo incondicional me ayudaste, brindaste y continúas brindando útiles consejos.

A mi chiquitito gabo., tú eres hijo, mi máximo aliciente, no sólo para éste logro, si no para los muchos más que espero alcanzar.

A mi amiga, madrina de bodas, psiquiatra y tutora de tesis.. Norma Conquista por tu ayuda brindada.

A todas aquellas personas, familiares y amigos quienes me apoyaron en algún momento.

Keyla Gabriela.



## **AGRADECIMIENTO**

A Dios y mi Virgen del Valle, por darme las fuerzas en todo momento para lograr esta meta que un día fue un sueño y hoy es una realidad.

A mis padres, Aracelis y Joaquín porque gracias a su ayuda y paciencia incondicional hoy he logrado ser lo que soy.

A mi hoy esposo Winner, quien comenzó siendo mi amigo, apoyándome en las alegrías y las tristezas durante todos estos años.

A mi hermano Keyn, a quien le agradezco mucho la paciencia que tuvo en cada madrugada cuando interrumpí su sueño.

A mi amado hijo Gabriel Alejandro, quien fue desde el momento en que supe que existía mi mayor aliciente para culminar la carrera.

A la Dra. Norma Conquista amiga y madrina de bodas, por escucharme y orientarme con paciencia para realizar este trabajo.

Al personal y alumnado del Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”, especialmente a la Profesora Gloria Berengel por brindarme su máxima colaboración.

Al personal y alumnado del Colegio Privado “Ezequiel Zamora”, quienes muy amablemente me recibieron y prestaron mucha colaboración.

A todos aquellos que de alguna u otra forma contribuyeron a la realización de este trabajo.

Muchas Gracias.



## INDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>iii</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>iv</b>
<b>INDICE</b> .....	<b>v</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	<b>vii</b>
<b>ÍNDICE DE GRAFICOS</b> .....	<b>x</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>xi</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>25</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>26</b>
Objetivo General:.....	26
Objetivos Específicos: .....	26
<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>28</b>
Universo.....	28
Muestra .....	28
Técnicas de recolección de datos.....	28
Método.....	30
Instituciones: .....	30
Personal: .....	31
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>32</b>
Tabla N° 1. ....	32
Tabla N° 2. ....	33
Grafico N° 1. ....	34
Grafico N° 2. ....	35
Tabla N° 3. ....	36
Tabla N° 4. ....	37
Tabla N° 5. ....	38



Tabla N° 6.....	39
Tabla N° 7.....	40
Tabla N° 8.....	41
Tabla N° 9.....	42
Tabla N° 10.....	43
Tabla N° 11.....	44
Tabla N° 12.....	45
Tabla N° 13.....	46
<b>ANALISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>56</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>58</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>60</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

Nº		Pag.
1	Distribución total de alumnos por Grado de Escolaridad según Sexo de los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008. Ciudad Guayana - Estado Bolívar..... .....	31
2	Distribución de alumnos por Grado de Escolaridad e Institución Educativa de los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008. Ciudad Guayana - Estado Bolívar..... .....	32
3	Distribución por Edad según Sexo de los Adolescentes con Intento Suicida del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008. Ciudad Guayana - Estado Bolívar.....	35
4	Distribución del Factor de Riesgo Desesperanza y Culpa en los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008. Ciudad Guayana - Estado Bolívar.....	36
5	Distribución del Factor de Riesgo Depresión Mayor en los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008. Ciudad Guayana - Estado Bolívar.....	37



6	Distribución del Factor de Riesgo Impulsividad en los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008. Ciudad Guayana - Estado Bolívar.....	38
7	Distribución del Factor de Riesgo Hostilidad en los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008. Ciudad Guayana - Estado Bolívar.....	39
8	Distribución del Factor de Riesgo Falta de Familiar y Social en los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008. Ciudad Guayana - Estado Bolívar..... .....	40
9	Distribución del Factor de Riesgo Presagio, Amenaza o Proyecto Suicida en los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008 Ciudad Guayana - Estado Bolívar..... .....	41
10	Distribución del Factor de Riesgo Antecedente de Suicidio Familiar en los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008 Ciudad Guayana - Estado Bolívar.....	42
11	Distribución del Factor de Riesgo Antecedente Personal de Intento Suicida en los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008 Ciudad	43



Guayana	-	Estado	
Bolívar.....			
.....			
12	Distribución según Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y HM Van Praga en los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008. Ciudad Guayana	-	Estado
	Bolívar.....		
	.....		44
13	Distribución según Escala de Desesperanza de Beck en los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008. Ciudad Guayana - Estado Bolívar.....		
			45



## ÍNDICE DE GRAFICOS

Nº		Pag.
1	Distribución de alumnos según Sexo y Tipo de Institución Educativa de los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008. Ciudad Guayana - Estado Bolívar.....	33
2	Distribución según el Tipo de Familia de los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008. Ciudad Guayana - Estado Bolívar.....	34



**DETECCION PRECOZ DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES  
EN LA CONDUCTA SUICIDA DE LOS ADOLESCENTES.  
CIUDAD GUAYANA-ESTADO BOLIVAR.  
ENERO – DICIEMBRE DE 2008.**

**RESUMEN**

**Autor:** Keyla G, Cazorla T.

A través de los años se ha demostrado que el intento suicida esta presente en todos los ámbitos de la vida del ser humano, a partir de condiciones psiquiátricas como la depresión, ansiedad o dificultades relacionadas con el contexto social y familiar, así mismo, como los conflictos a vencer que traducidos en el estrés ocasionan conductas lesivas al hombre. La presente investigación se diseño como un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y de campo aplicado a adolescentes del 7mo grado al 2do del ciclo diversificado de las Instituciones Educativas Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes” en Ciudad Guayana-Estado Bolívar, en el período Enero–Diciembre 2008. Para el desarrollo de la investigación el investigador elaboró una encuesta, cuyo contenido refleja variables sociales y epidemiológicas como: grado de escolaridad, sexo edad, tipo de familia entre otros; también se utilizaron soportes científicos como el Cuestionario de Indicadores de Riesgo de Guibert, W., et al, así como la Escala de Desesperanza de Beck y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y HM Van Praga. El estudio se aplicó a 335 adolescentes en edades comprendidas entre los 12 y 19 años, quedando distribuidos en 201 femeninos y 135 masculinos. Los resultados demostraron mayor intento suicida en el sexo femenino (6,3%), en la edad de 14 años (2,1%) y 17 años (1,8%); el tipo de familia predominante fue la extensa (43,0%); como resultado de los factores psicosociales se encontró que la Desesperanza y Culpa (19,1%), la Depresión Mayor (15,8%) y la Impulsividad (28,1%) fueron más acentuados en la Institución Privada; la Hostilidad fue similar en ambos grupos estudiados 13,4% vs 11,9%, privada y pública respectivamente; la Falta de Apoyo Social y Familiar (28,7%) estuvo más presente en la Institución Pública; el Presagio, Amenaza o Proyecto Suicida fue similar en ambas instituciones con 8,1% vs 6,6 %, privada y pública respectivamente; el Antecedente de Suicidio Familiar fue semejante para ambos grupos con 52 respuestas afirmativas; en cuanto al factor Antecedente Personal de Intento Suicida, los estudiantes de 7mo grado de ambas instituciones educativas presentaron mayor incidencia con 4,8%, y un 12,5% del total de alumnos presentó por lo menos un intento de suicidio previo. Según la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y HM Van Praga quedó demostrado que 12,8% de adolescentes presentan más riesgo suicida y la Escala de Desesperanza de Beck reportó que 38,5% de los adolescentes presentan riesgo suicida. Se concluyó que existe un problema de salud pública en las instituciones educativas analizadas, quedando demostrado que los factores psicosociales estudiados tienen relación de causalidad con la conducta



suicida. Se recomienda implementar programas preventivos en las Instituciones Educativas, que permitan disminuir eficazmente la muerte de jóvenes adolescentes por suicidio.

**Palabras Claves:** Conducta Suicida, Suicidio, Adolescentes, Factores de Riesgo.



## INTRODUCCIÓN

Etimológicamente la palabra “Suicidio” procede de: Sui “Si mismo” y Cidium “Matar”. Este fenómeno ha sido estudiado desde diversas perspectivas y disciplinas, entre ellas Historia, Filosofía, Ética, Teología, Psiquiatría, Psicoanálisis, Antropología, Sociología, así como desde el punto de vista socioeconómico, geográfico, jurídico y sociopolítico (1).

Este tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre, y varían sus características de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica existente. Se han encontrado datos sobre el suicidio desde las civilizaciones más antiguas durante la edad media, observándose una caída de su incidencia con posterioridad. Apareciendo nuevamente el suicidio impetuosamente en el siglo XVIII hasta nuestros días (1).

La actitud de los hombres ante la muerte no ha sido la misma a través de los tiempos; cuando un hombre de hoy habla de su muerte, piensa que si le fuera dado escogería una muerte súbita, sin dolor, como un leve sueño. El hombre del medioevo se sentía aterrado de ello, porque como lo expresa el padre de Hamlet, en la famosa obra de Shakespeare, moriría "en la flor del pecado"; por eso el hombre de la edad media prefería un tiempo de arrepentimiento y de balance de sus deudas con Dios y con los hombres (2).

Las antiguas civilizaciones sacralizaron la muerte, la domesticaron, queriendo restarle dramatismo e integrarla en un sistema de ritos y creencias que tenían por objeto convertirla en una etapa más del destino, por ello, rechazaban y condenaban el suicidio, por lo cual el cuerpo del suicida era castigado (2).



En sociedades donde la sacralidad era la cosmovisión vigente, es lógico que el comportamiento suicida se rechazara, pues el hombre no tenía permitido modificar su destino, que estaba en las manos de Dios, tampoco se le reconocía al ser humano el derecho de imponer a la sociedad la presencia intempestiva de la muerte por una decisión personal, una sociedad así, no permitía que el individuo la forzara moralmente ni a ella ni a Dios (2).

El suicidio era algo vergonzoso para la familia; sinónimo de debilidad, de enfermedad, de conducta inadecuada y por ello pocos o casi nadie lo daban a conocer. Actualmente este acto se ve como un síntoma de enfermedad y se acepta, se denuncia, lo que ha aumentado las cifras de manera alarmante. Es un problema en el que parece haber consenso entre sociólogos, psicólogos, psiquiatras, antropólogos y demógrafos, cuando lo consideran como un rasgo de la modernidad, uno de los males del siglo (2).

Fue a partir del siglo XIX cuando se perdió ese sentido de socialización, inserto en la ritualidad. La sociedad emergente rechazó aquel paradigma medieval. La muerte fue liberada y pasó al dominio privado, el cadáver era velado en la casa, sepultado en familia, y en ese sentido la muerte pasó a depender cada vez más de la voluntad del individuo (2).

Aunque el comportamiento suicida existe desde que existe el hombre, no es sino hasta el siglo XX cuando por primera vez, el suicidio es analizado y discutido de una forma global. Tratándose, sin lugar a dudas, de un enigma desafiante para el investigador, de forma tal que es uno de los fenómenos humanos sobre el que mayor cantidad de páginas se han escrito; basta señalar que ya en 1927 se habían editado más de 3500 títulos sobre el suicidio (3).



Tiene que pasar mucho tiempo hasta que aparezca otro término clave: el de suicidiología, entendida como el estudio científico de esta conducta, que fue sugerido por Bonger en 1929. Aunque, formulado de esta manera, parece un concepto simple, en realidad es muy polisémico y se refiere a muy diversas categorías de comportamiento. Hasta el punto de que después de décadas de estudios sobre el suicidio no hay una nomenclatura unánimemente adoptada (3).

El problema de salud “Suicidio” que viene afectando a la humanidad de manera importante en las últimas décadas, las estadísticas oficiales y los centros de tratamientos médicos muestran un aumento de las tasas, sobretodo en los ancianos y los jóvenes (1).

Debido a esto han sido muchos los médicos, psicólogos y sociólogos que han dedicado sus investigaciones al suicidio, incrementado a escala mundial y que causa la pérdida de aproximadamente un millón de vidas cada año, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos (4).

Desde la Psiquiatría hay un temprano interés por esta conducta, considerándola un problema de Salud Pública y campo de actuación de la Medicina, y así se puede afirmar significativamente que el suicidio es “una enfermedad que tortura las sociedades” (3).

El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un real problema de salud, encontrándose un dramático incremento de sus tasas, fundamentalmente en los varones, las explicaciones que se han dado a éste son el reflejo a los cambios sociales, una mayor disponibilidad de medios, el incremento de estos medios, el abuso del alcohol y otras drogas (1).



Siendo la adolescencia un período del desarrollo humano lleno de cambios muy importantes como los corporales, en las ideas y en los sentimientos; el intenso estrés, confusión, miedo e incertidumbre, así como la presión por el éxito, y la capacidad de reflexionar desde un nuevo punto de vista influye en las capacidades del joven para resolver problemas y tomar decisiones (5).

Los adolescentes en algunas situaciones se comportan como niños y en otras como adultos, es una etapa en que se definen gustos y preferencias desarrollando su identidad. En algunos momentos, los jóvenes creen saber realizar todas las actividades o tomar una decisión sin necesidad de consejos previos. Esa actitud los hace vulnerables de cometer errores que pueden traducirse en conductas sexuales irresponsables o en otros comportamientos equivocados de la vida cotidiana como lo es el consumo de drogas (2).

Para algunos adolescentes, los cambios normales del desarrollo, a veces acompañados por otros hechos o cambios en la familia como el divorcio o la mudanza a una nueva comunidad, cambios de amistades, dificultades en la escuela u otras pérdidas, pueden causar gran perturbación y resultar abrumadoras. Los problemas pueden apreciarse como demasiado violentos o difíciles de sobrellevar (5).

Para algunos, el suicidio puede parecer una solución. Entre el 12 al 25 % de los niños mayores y adolescentes experimentan algún tipo de idea acerca del suicidio (pensamiento suicida) en algún momento. Cuando los sentimientos o pensamientos se vuelven más persistentes y vienen acompañados de cambios en el comportamiento o planes específicos de suicidio, el riesgo de un intento de suicidio se incrementa (5).



La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa alrededor de 500.000 muertes cada año por esta causa, con un estimado de 1110 suicidios cada día, produciéndose a la vez entre 10 y 20 intentos de suicidio por cada 1 suicidio (1).

Las estadísticas actuales recogidas durante los dos últimos siglos, indican que son más los adolescentes del sexo masculino que se suicidan (en una proporción de 3:1), sin embargo los intentos de suicidios son más frecuentes entre las hembras que en los varones (1). Varias explicaciones se han planteado para entender esta diferencia: los varones están más expuestos a sufrir las consecuencias de las fluctuaciones socioeconómicas; tienen mayor prevalencia de alcoholismo; utilizan medios más violentos y por lo tanto el intento de suicidio es más exitoso en ellos que en las mujeres; en cambio, en las mujeres es más prevalente el intento, ya que en ellas predomina la depresión (6).

Por tal motivo, la OMS ha manifestado su preocupación a todos los países del mundo, destacando que el suicidio es la tercera causa de muerte para personas entre los 15 y los 24 años de edad en toda Latinoamérica y Estados Unidos así como que la depresión representa la principal causa del mismo (1).

El suicidio en los Estados Unidos representó la tercera causa de muerte entre los grupos de 10 a 14 años y el de 15 a 19 años para el año 2000 según Anderson y cada año en este país uno de cada 5 adolescentes considera seriamente la opción del suicidio según Grunbaum y de 5 a 8 % de esta población ha intentado suicidarse, representando aproximadamente 1.000.000 de jóvenes de los cuales 700.000 reciben atención médica por su intento y aproximadamente 1.600 jóvenes mueren por esta causa (7).



En México aunque las tasas de suicidio e intento de suicidio en adolescentes no son comparables con las de otros países, no deja de ser el comportamiento suicida un problema importante de salud pública. El suicidio es la cuarta causa de muerte en la población mexicana de 15 a 24 años; no obstante, a pesar de las discrepancias y deficiencias de las diferentes fuentes de información al igual que el subregistro de las estadísticas oficiales, se ha identificado al grupo poblacional de 15 a 24 años residente de zonas urbanas como el de mayor riesgo suicida (7).

En México en 1997 hasta el año 2000, se realizó un estudio sobre prevalencia de intentos de suicidio en adolescentes, el cual consistió en seleccionar aleatoriamente escuelas de cada una de las 16 delegaciones políticas del país. El diseño de la muestra fue estratificado, bietápico y por conglomerados; el nivel educativo se consideró como la variable de estratificación: secundarias, bachilleratos y escuelas técnicas en el nivel de bachillerato. La unidad de selección en la primera etapa fueron las escuelas, y en la segunda, el grupo escolar al interior de éstas. La muestra final utilizada para el estudio de 1997 fue de 10,173 estudiantes y para el del 2000, de 10,578. Para indagar acerca del intento suicida y sus características, se aplicaron indicadores evaluados previamente con el fin de conocer la ocurrencia del intento y el número de veces en la vida, la edad al momento del único o último intento, los motivos y los métodos. En 1997, la prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes en la Ciudad de México fue de 8.3% (N=849) y en 2000 se incrementó a 9.5% (N=1,009). Esta problemática fue más frecuente en las mujeres (más de tres por cada varón). En el nivel de bachillerato, las prevalencias fueron mayores; sin embargo, las edades del único/último intento reportado nos indican que, en su mayoría, los intentos ocurrieron en los años finales de la escuela primaria y/o durante la secundaria. Hubo mayor predominio de intento suicida en estudiantes de escuelas privadas, en especial en los bachilleratos. (8)



Si bien la problemática suicida en estudiantes fue más frecuente en las mujeres, se observó que tanto en los hombres como en las mujeres con reporte de intento suicida, fue similar el perfil de las características del intento suicida en cuanto a: Edad: ocurrencia del único/último intento entre los 10 y 15 años; recurrencia: una de cada cuatro mujeres con intento en ambas mediciones; en los varones, la proporción de uno por cada cinco obtenida en 1997, aumentó a uno de cada tres en 2000; motivos: un claro predominio en la esfera interpersonal (problemas familiares), seguida por la esfera emocional (sentimientos depresivos); métodos: el más frecuente y con una tendencia al aumento fue cortarse con un objeto punzocortante (frecuentemente, un cutter o un pedazo de vidrio); y letalidad: casi la tercera parte de los(as) estudiantes reportaron haber deseado morir y casi la mitad indicó que no le importaba si vivía o moría (8)

Desde la perspectiva psicosocial, se observan varios estudios sobre menores de edad que intentan suicidarse. González- Corteza, *et al*, revisan el panorama epidemiológico del acto suicida en México y otros países entre la población adolescente y señalan algunos indicadores de riesgo identificados como: trastornos psiquiátricos, intento de suicidio previo, consumo de alcohol y drogas. De igual manera, los autores proponen abordar el problema del suicidio identificando factores protectores y de riesgo. Al respecto los autores señalan que el principal factor de riesgo de suicidio entre los varones es el ambiente familiar mientras que para las mujeres lo constituyen el sentirse en desventaja con las amigas, baja autoestima, impulsividad, mala comunicación con la madre y preferencia al aislamiento en situaciones problemáticas (9).

Entre los estudios de prevalencia sobre la ideación suicida también se destacan aquellos donde se determinó la prevalencia de la ideación suicida así como el perfil sintomático de mujeres adolescentes estudiantes del Distrito Federal de México y pacientes con intento de suicidio; se encontró que la prevalencia y persistencia de



ideación suicida fue más elevada en la muestra clínica de las 30 adolescentes; en cuanto a las características socio demográficas se distinguieron a las estudiantes con mayores puntuaciones de ideación suicida y se hallaron las siguientes: el cursar secundaria, obtener calificaciones bajas, percibir como malo su desempeño escolar y haber interrumpido sus estudios. Entre los adolescentes que habían intentado suicidarse, se identificaron características sociodemográficas distintivas como el vivir con uno de sus padres y pensar que su muerte sería posible (9).

En Cuba, la Dirección Nacional de Estadísticas del MINSAP informó que la tasa de mortalidad se incrementó en los años 80 con niveles superiores a 20 suicidios por cada 100.000 habitantes, hasta los primeros años de la década de los 90, a partir de 1996 se produjo una reducción de esta tasa de mortalidad. A pesar de ello es la tercera causa de muerte en el grupo de edad de 15-49 años con una tasa de 17,6 por cada 100000 habitantes (4).

Entre muchos de los estudios sobre el tema realizados en Cuba se encuentra el realizado por Álvarez, M., *et al*, el cual es un estudio descriptivo de corte transversal para identificar algunos factores de riesgo suicida en adolescentes de un área de salud de la capital cubana en el año 2004. El universo estuvo constituido por los alumnos que asisten a 2 secundarias básicas ubicadas en el área y por los profesores generales integrales que imparten clases a estos estudiantes. Se aplicó una encuesta a 364 adolescentes, entre estudiantes y profesores. Entre los resultados relevantes destacan que del total de encuestados, 25 jóvenes (6,9 %) han pensado atentar contra su vida y 13 (3,6 %) lo han intentado (3 de ellos, más de una vez), presentando valores superiores en las féminas. Se observó además, que 25 encuestados refirieron tener algún familiar o amigo con intento suicida o suicidio. La mayoría de los jóvenes encuestados (72 %) considera que el suicidio no resuelve los problemas y 18 % opina que es un modo de evadir las responsabilidades; 2,4 % ve el suicidio como un medio



de solución a sus problemas y 16 % no sabe ni tiene opinión alguna sobre este particular (10).

Otro estudio realizado en Cuba, de tipo analítico, retrospectivo, de corte transversal y caso control, cuya muestra fue de 138 personas comprendidas entre las edades 12 y 85 años, formada por 46 personas que realizaron intento suicida en el período comprendido entre Enero de 1998 y Diciembre de 1999, y un grupo control de 92 personas, aparentemente sanas, que en los últimos 3 años no habían realizado intento suicida, a quienes se les aplicó un cuestionario de indicadores de riesgo diseñado y evaluado por criterios de expertos, el cual recoge variables epidemiológicas generales como: sexo, edad, raza, estado civil y escolaridad y variables indicadoras de los factores esenciales de riesgo de la conducta suicida como son: desesperanza y culpa, depresión mayor, impulsividad, hostilidad, falta de apoyo social y familiar, presagio, amenaza o proyecto suicida, antecedentes de suicidio familiar y antecedente personal de intento suicida. Entre los resultados obtenidos se observó que el sexo predominante entre los intentos suicidas fue el femenino con un 60,8 %, el grupo más afectado correspondió a las edades comprendidas entre los 25 y 39 años con 41,3 %, y se encontró un predominio de las personas de la raza blanca con 58,69 %. Referente a la escolaridad se encontró que el mayor por ciento de suicidio fue entre los preuniversitarios 41,3 %, seguidos de cerca por los graduados de secundaria 36,96 %. Los solteros son los que más ejecutan intentos suicidas con un 56,52 %. Con relación a los factores psicosociales de riesgo la desesperanza y la culpa son mayoritarios 71,7 %, el factor presagio, amenaza o elaboración de un proyecto suicida apareció en un 54,3 %, el factor falta de apoyo social y familiar 58,07 %, el factor hostilidad 63 %, el factor impulsividad está presente en el 65,2 %, el factor antecedente de suicidio familiar 30,4 %, y el factor antecedente previo de suicidio previo se presentó en 88 % de los casos (4).



Se realizó un estudio que relaciona la desesperanza, la conducta suicida que la acompañan y el uso de drogas y alcohol en jóvenes que se han sentido tristes sin causa aparente, 28% han pensado alguna vez en quitarse la vida y 5% han realizado por lo menos un intento de autoeliminación. 67% percibe dificultades económicas en el hogar y 16% presencia peleas o discusiones frecuentes en la familia. 1% refiere situaciones de violencia y 4% consumo excesivo de alcohol en la familia. 33% de los jóvenes relata tomar alcohol con frecuencia y 28% han probado algún tipo de drogas. En cuanto a la severidad de estas conductas adictivas, 2% dice tomar alcohol hasta emborracharse frecuentemente y 58% de los que probaron drogas siguieron haciéndolo. Un grupo menor, de la misma edad, analizado en el INAME (Instituto Nacional del Menor de Montevideo) mostró 23% de consumo de alcohol, 63% de uso continuo de drogas y 27% de ideación suicida (11).

En Venezuela los factores de riesgo para las conductas suicidas en niños y adolescentes se hacen cada vez más evidentes. Se han realizado estudios entre los que se destaca el realizado por la Lic. Beatriz Villalobos y el Dr. Jesús Crespo, el cual consistió en un estudio descriptivo sobre intentos suicidas en niños y adolescentes en la consulta de emergencia del Hospital Miguel Pérez Carreño en Caracas, en el que se evaluaron a 22 pacientes con edades comprendidas entre los 7 y los 17 años de edad, a los que se le realizó una entrevista abierta y se les aplicó el Test de Psicodiagnóstico de Roschach. El análisis de resultados fue a través de medias; obteniéndose: a) Epidemiológico: la mayoría de los intentos fueron entre los 13 y los 17 años de edad, con un nivel de instrucción básica incompleta, el método empleado Killer (Campeón) y provenientes de hogares separados; b) Prueba Psicológica: predominó el índice de recursos deficitarios, con una alta vulnerabilidad a comportarse de manera impulsiva. Estos concluyeron según los datos obtenidos, que el número de suicidios a pesar del subregistro, es relativamente alto en los barrios del suroeste de Caracas, cuyas condiciones económicas y culturales tienen grandes limitaciones, son familias en la mayoría de los casos con serias patologías y donde los padres parecen ignorar las



conductas autodestructivas de sus hijos, son hogares en donde la estabilidad de la pareja es prácticamente inexistente (12).

Un estudio realizado por la investigadora Norma Conquista, del tipo descriptivo, no experimental y multimodal, el cual se llevó a cabo en el Centro de Salud Mental del Complejo Hospitalario Ruiz Y Páez de Ciudad Bolívar en Venezuela, donde se evaluaron 26 adolescentes entre 10 y 20 años de edad; se encontró que 92,4% corresponde al género femenino, 42,3% tenían entre 10–14 años de edad, seguido del rango entre los 15 y 17 años con un 38,4% y 50% cursaba educación básica, con 80,7% de adolescente solteros. El diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue trastorno depresivo mayor 80%, y 36% de comorbilidad con: psicosis, trastorno de conducta, dependencia a sustancia y abuso sexual. Los rasgos de personalidad premórbida detectados en el 15% histriónicos, 12% límite y 19% impulsividad. El 65% hicieron conductas suicidas previas. El método utilizado fue la ingestión de psicofármacos en un 66%. Analizando el total de la muestra, el grupo etáreo 15-17 años presentó mayor prevalencia en cuanto a: Abuso sexual 15,4%, y concubinato 19%, el 26,9% de los pacientes buscaron ayuda especializada; 60% no presentaron patología médica psiquiátrica, 19,2% consumen alcohol y 15,4% drogas. En conclusión existe enfermedad mental diagnosticable en adolescentes suicidas femeninas. Se recomienda formar a los médicos de atención primaria, médicos de familia y pediatras en la detección precoz de síntomas depresivos en adolescentes (13).

Los factores de riesgo que están asociados con la conducta suicida emergen de una variedad de orígenes. Algunos parecen estar relacionados con factores genéticos o hereditarios. Algunos autores han informado que en alrededor de un 40% de los casos estudiados se encontró que las historias personales incluían la existencia del suicidio de algún miembro de la familia aunque, por otra parte, también se ha podido constatar que muchos casos de intento o de suicidio concretado no se encontraban



asociados con antecedentes familiares. Sin embargo, el suicidio aparece en familias independientemente de otras condiciones psicopatológicas hereditarias como los trastornos afectivos, esquizofrenia o abuso de alcohol. Otros factores de riesgo están aparentemente ligados a factores ambientales como la disponibilidad de métodos letales o la ruptura de relaciones emocionales importantes (14-15-16).

Se puede decir entonces que las conductas suicidas se definen como "la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo o la muerte". Es como un espectro que abarca a las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos o tentativas suicidas) y los suicidios consumados o completados. Los análisis seculares apoyan la hipótesis de que existe un verdadero incremento de este fenómeno desde 1950 a la fecha, entre los adolescentes y adultos jóvenes de la población europea y norteamericana (17).

Diversos autores han postulado diferentes hipótesis para la explicación de este fenómeno; algunos han demostrado que las personas nacidas en el último período del siglo veinte tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos del ánimo a temprana edad, factor de riesgo asociado frecuentemente con la conducta suicida (18-19).

Estudios de seguimiento de adolescentes que han realizado un intento de suicidio, muestran que el 10 % se suicida dentro de los 10 años siguientes. Solamente una cuarta parte concurren a la consulta médica porque creen no necesitar ayuda (20).

Los suicidios completados son más comunes entre los hombres, las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas. En una investigación de Kotila y Lonqvist la tasa de riesgo de suicidio durante los 5 años siguientes al intento fue 4 veces más alta en niños que en niñas y la tasa de muerte violenta fue 7 veces más alta (21).



La suicidabilidad aumenta con la edad, el suicidio antes de los 15 años es inusual, sin embargo Shaffer publicó un artículo de 30 casos de suicidio completado entre 12 y 14 años ocurridos en Inglaterra, en el que concluye que un grupo de estos niños eran inteligentes y aislados, y sus madres frecuentemente tenían problemas psiquiátricos; y otro grupo era agresivo, presentaba problemas conductuales en el colegio y exhibía una conducta de suspicacia y vulnerabilidad frente a la crítica. En ambos grupos se presentaban conductas antisociales y todos ellos eran altos, física y mentalmente precoces, y el suicidio era frecuentemente precipitado por una crisis disciplinaria (22-23).

La investigadora Macias, L., relata que en toda conducta destructiva existe una buena cantidad de agresión que puede dirigirse hacia adentro; es el caso de los estados depresivos y las tendencias autodestructivas; o dirigirse hacia afuera, por medio de actos delictivos o agresivos. Desde el punto de vista "interaccional", se ha aceptado que cuando la agresión se dirige hacia afuera, se establece una relación entre el que arremete (en este caso el adolescente) y quien recibe la agresión. Como la interacción puede darse en muchos niveles, desde el verbal hasta el físico, las dos personas o grupos que interactúan en este juego de agresión, lo hacen de la misma forma en que manejan el resto de su relación (la cual originalmente promovió la agresión) y, con seguridad, caerán en un círculo vicioso. Es decir, si el adolescente percibe cierto rechazo o la situación familiar le provoca sentimientos de enojo y de agresión, expresará estos sentimientos o el rechazo por diversos medios; a su vez la familia recibirá estas expresiones agresivas de la misma forma, lo que fomentará una mayor agresión hacia el joven y de esta manera se alimentará un círculo vicioso en donde se requiere de una verdadera comunicación para romper la cadena de agresiones. En caso de que el suicidio ocurra dentro de un contexto interaccional como éste, se observa que el comportamiento autodestructivo es un medio para comunicarle a los demás sentimientos, demandas o súplicas que el adolescente no sabe expresar de otra manera. Por lo tanto, el comportamiento autodestructivo se



convierte en una comunicación con un propósito determinado y con un contenido dirigido hacia un público específico. La seriedad del intento suicida radica en lo que el joven hace o deja de hacer para ser descubierto antes de morir. Si el fin del acto es comunicar un estado de descontento en general, el joven provocará ser descubierto antes de alcanzar su cometido de morir; sin embargo, aunque esta actuación es de menor gravedad que la de un adolescente que arregla todo para no ser descubierto, siempre debe prestarse la atención debida y ayudar al joven a elaborar y superar la crisis por la que pasa. ¿Pero qué factores familiares pueden llevar a un joven a desear quitarse la vida? Existen desde luego factores que fomentan el suicidio en los adolescentes, pero que en sí mismos no son decisivos para que se decida hacer un intento suicida. Muchos de ellos pueden contribuir a la confusión y a la depresión del joven, pero se requiere la conjunción de una diversidad de factores para que se llegue al extremo de la autodestrucción (24).

Durante años de investigación, se ha observado que en las familias de adolescentes suicidas los padres tienden a ser débiles internamente y que a su vez padecen fuertes sentimientos de depresión, desesperanza y desaliento. El joven que por el momento en que pasa, sufre esos mismos sentimientos, no posee las herramientas para manejarlos, pues ha visto en casa una incapacidad para manejar sentimientos negativos. Por otro lado, las familias del individuo autodestructivo suelen tener problemas para controlar sus impulsos, es decir, los miembros de la familia tienden a ser impulsivos en su enfrentamiento diario con la vida. También puede existir una tendencia familiar a manejar el estrés de manera inadecuada, y el joven aprende que éste o cualquier tipo de presión son situaciones intolerables que deben evitarse a toda costa. En este tipo de familias suele haber conflictos constantes, particularmente separaciones, y antecedentes patológicos especialmente de alcoholismo o alguna adicción en uno o ambos padres. En general, en estas familias existe una estructura alterada que se caracteriza por un sistema cerrado que inconscientemente prohíbe a sus miembros comunicarse entre sí y relacionarse



estrechamente con el exterior. De manera que el joven se siente aislado dentro y fuera de casa, en donde tampoco la comunicación se da abiertamente (24).

En relación con el manejo afectivo, las familias de los adolescentes que tienden al suicidio, suelen mostrar un patrón agresivo de relación, con dificultades para expresar el enojo y la agresión, así como una depresión familiar generalizada. Las relaciones intrafamiliares se encuentran desbalanceadas y el adolescente por norma sirve de chivo expiatorio que carga con las culpas, los defectos o las partes malas de la familia. De esta manera, el joven deprimido siente que no es deseado y que no se le quiere, tiene un sentimiento doloroso de abandono que expresa por medio del aislamiento y, posteriormente, de un intento suicida. Entonces, variables de tipo familiar se han asociado con el acto suicida, por lo que se ha enfatizado el papel de la estructura familiar, y relaciones entre sus miembros (24).

En estudios realizados por Kurtz, L y Derevensky, J., se observó que el riesgo de cometer suicidio en familias con un solo padre era mayor que en las familias con ambos padres, sobre todo en el caso de jóvenes adultos del sexo masculino. Así mismo se ha concluido que las personas que presentan conducta suicida se diferencian de aquellas que no lo presentan en una serie de variables donde sobresale las relaciones familiares caracterizadas por calidad de la relación con la madre, intimidad con los padres, y cercanía con hermanos, además de la historia familiar de depresión (25).

Siendo la familia el núcleo o el epicentro donde se forma la sociedad o el país, esta no debe de ser maltratada, violada, esclavizada, ignorada por su color de piel, desterrada por sus orígenes o principios de religión y tampoco debe ser obviada por el sitio en donde se ubica o vive en este mundo. Los lazos principales existentes son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio que, en algunas sociedades, sólo



permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre, también puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros en :

- Familia Nuclear, padres e hijos (si los hay); también se conoce como círculo familiar.

- Familia Extensa, además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, Tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines.

- Familia monoparental, en la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de los padres.

- Otros tipos de familias: aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etc, quienes viven juntos en la mismo espacio por un tiempo considerable (26).

Todo lo antes mencionado hace muy importante para el adolescente sentirse aceptado tanto por sus familiares como por sus amigos, puesto que reconocerles sus logros eleva su autoestima y les da seguridad. En esta etapa existen cambios comunes para ambos sexos, pero es importante señalar que la muchacha o el muchacho tienen las características propias del medio familiar donde se ha desarrollado su vida (2).

La familia por sí misma constituye la mejor institución en la educación y formación de los jóvenes, junto con la escuela constituyen una fuerte química indisoluble en este proceso. Las experiencias vividas por los adolescentes en su hogar son los patrones y modelos para la construcción de su propia familia en el futuro. La



armonía y respeto de una convivencia feliz son un legado que hay que obsequiar a los hijos (2).

Algunos estudios han mostrado altas tasas de divorcio o separación parental entre adolescentes que han intentado suicidarse, comparados con grupos control de la comunidad. El divorcio puede tener efecto en aumentar el riesgo suicida al incrementar la vulnerabilidad temprana a la psicopatología, como es la depresión, que constituye un factor de riesgo para el suicidio (27).

Entonces hay clara evidencia de que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falte el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión (28-29).

Se ha descrito que adolescentes con trastorno de conducta que intentaron suicidarse, frecuentemente niegan síntomas depresivos y posteriormente presentan lesiones auto- infligido. Muchos adolescentes suicidas han tenido problemas legales y los adolescentes encarcelados están en extremo riesgo de suicidio. El intento de suicidio se ha asociado con otras conductas de riesgo como son conducta sexual promiscua, uso de sustancias, falta del uso de medidas de seguridad (por ejemplo, uso de cinturón de seguridad), violencia, inasistencia a clases, participación frecuente en peleas, uso de armas de fuego, enfermedades de transmisión sexual, entre otros (30).

En las últimas décadas se ha comprobado aumento de las tasas de suicidio entre los más jóvenes y no necesariamente en quienes se ubican en los niveles socioeconómicos más bajos, específicamente se observa mayor ocurrencia de suicidio en los extremos del espectro socioeconómico o cambios abruptos del status socioeconómico. Investigaciones realizadas otorgan mucha importancia a los



procesos de aculturación asociados con migraciones así como a la carencia de apoyo afectivo por parte de las figuras parentales y a la presencia de normas familiares muy rígidas relativas a las conductas socialmente aceptables como factores de riesgo (31-32-33).

La psicología conductual propone el comportamiento suicida como una condición depresiva aprendida generada por carencia de reforzamiento positivo o exposición prolongada a situaciones negativas, aparentemente insolubles que producen una sensación de incapacidad, o los enfoques cognitivos que atribuyen el suicidio a una impotencia aprendida y de desesperanza como un esquema patológico persistente y automático de organizar e interpretar las experiencias y factores sociológicos que plantean la influencia de distintos modelos de estructura u organización social como la familia, cultura, religión, ocupación, clase socioeconómica y otros grupos u organizaciones en la génesis del suicidio; o incluso el llamado efecto Werther, donde el comportamiento suicida difundido por medios masivos de comunicación es imitado por los jóvenes (33).

Para el investigador Pérez Barrero, al Médico General asiste un gran número de pacientes con diversas condiciones mórbidas y es una evidencia que la mayoría de sujetos deprimidos o con riesgo de cometer suicidio han acudido a los Médicos de Atención Primaria buscando alivio a estas dolencias. Se considera que de 2000 pacientes atendidos por los médicos generales al menos uno de ellos comete suicidio, en los dos primeros años, diez intentan suicidarse cada año y al menos cincuenta tienen ideas de suicidio (34).

El intento de suicidio es una urgencia médica que suele llegar a la emergencia de hospitales generales en mayor proporción que a emergencias de hospitales psiquiátricos. Esto se explica porque la mayoría de los pacientes suicidas llegan a la emergencia por envenenamiento, sobredosis de fármacos, compromiso del nivel de



conciencia, heridas cortantes en el cuerpo u otros signos de autoagresión corporal, cuyo manejo inicial es fundamentalmente de medicina general o cirugía, ya que el objetivo primario es salvar la vida del paciente o evitar serias complicaciones. Es por este motivo que muchos intentos de suicidio no son diagnosticados como tales, y como consecuencia estos pacientes no son evaluados desde el punto de vista psiquiátrico (35).

Para realizar una adecuada prevención del suicidio, es imprescindible la capacitación del Médico de Atención Primaria, Médico de Familia o Médico General, según se le denomine en los distintos países, porque de su trabajo en la detección, evaluación, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y remisión del riesgo de suicidio dependerá la reducción sustancial de esta causa de muerte evitable. Es conocido que los enfermos mentales son el grupo poblacional que con mayor frecuencia comete suicidio y entre ellos los deprimidos, siendo la depresión una enfermedad del estado de ánimo, muy frecuente, la cual afecta al ser humano en su totalidad, ya sea física y emocionalmente, con repercusión social debido a la merma de la voluntad para satisfacer las demandas habituales de la vida de forma óptima. Sus síntomas más frecuentes son la tristeza, pocos deseos de hacer las cosas, la falta de voluntad, los deseos de morir, las quejas somáticas diversas, la ideación suicida, los actos de suicidios y los trastornos del sueño, el apetito y el descuido de los hábitos de aseo (34).

Muchas de las señales de aviso de posibles sentimientos suicidas son también síntomas de depresión. La observación de los siguientes comportamientos ayuda a identificar a las personas que pueden encontrarse bajo el riesgo de intento de suicidio:

- Cambios en los hábitos alimenticios y del sueño.
- Pérdida de interés en las actividades habituales.



- Retraimiento respecto de los amigos y miembros de la familia.
- Manifestaciones de emociones contenidas y alejamiento o huida.
- Uso de alcohol y de drogas.
- Descuido del aspecto personal.
- Situaciones de riesgo innecesarias.
- Preocupación acerca de la muerte.
- Aumento de molestias físicas frecuentemente asociadas a conflictos emocionales, como dolores de estómago, de cabeza y fatiga.
- Pérdida de interés por la escuela o el trabajo escolar.
- Sensación de aburrimiento.
- 
- Dificultad para concentrarse.
- Deseos de morir.
- Falta de respuesta a los elogios.
- Aviso de planes o intentos de suicidarse, incluidos los siguientes comportamientos:
  - Verbaliza: "Quiero matarme" o "Voy a suicidarme".



- Da señales verbales como "No seré un problema por mucho tiempo más" o "Si me pasa algo, quiero que sepan que...".
- Regala sus objetos favoritos; elimina sus pertenencias importantes.
- Se pone alegre repentinamente luego de un período de depresión.
- Puede expresar pensamientos extraños.
- Escribe una o varias notas de suicidio.

Las amenazas de suicidio significan desesperación y un pedido de auxilio. Siempre se deben tener en cuenta muy seriamente los sentimientos, pensamientos, comportamientos o planes de suicidio. Todo niño o adolescente que expresa ideas de suicidio debe ser sometido a una evaluación inmediatamente (35).

En las siguientes situaciones aumenta el riesgo de suicidio:

- Amores contrariados y desengaños amorosos.
- 
- Malas relaciones con figuras significativas (padre, madre o maestros).
- 
- Excesivas expectativas de los progenitores que sobrepasan las capacidades del adolescente.
- 
- Embarazo no deseado u oculto.
- Los períodos de exámenes.
-



- Amigos con comportamiento suicida o que aprueban la solución suicida.
- 
- Acoso o "abuso sexual por parte de figuras significativas.
- 
- Pérdida de figuras significativas por separación, muerte o abandono.
- 
- Períodos de adaptación a regímenes militares e internados educacionales (33).

De acuerdo con la Fundación Estadounidense para la Prevención del Suicidio (American Foundation for Suicide Prevention, AFSP), para poder prevenir el intento de suicidio en los adolescentes es importante aprender cuáles son las señales de advertencia. Mantener una comunicación abierta con el adolescente y sus amigos brinda una oportunidad para ayudar cuando sea necesario. Si un adolescente habla sobre suicidio, debe recibir una evaluación inmediata (5).

Así mismo las personas allegadas a adolescentes al diagnosticar cualquiera de los síntomas antes mencionados, deben tomar ciertas medidas preventivas para evitar cualquier intento de suicidio:

- Guardar las armas de fuego y los medicamentos fuera del alcance de los adolescentes.
- Proporcionar ayuda a través de un profesional médico.
- Apoyar al joven (escuchar, evitar la crítica excesiva, permanecer conectado).
- Mantenerse informado (biblioteca, grupo de apoyo local, Internet) (5).



El adolescente que realiza intento suicida busca una supervivencia, o un renacimiento, coquetea con la muerte, juega con la idea de muerte, en un manejo que tiene mucho de actividad mágica, de control omnipotente. Esta manipulación de la idea de muerte voluntaria permite al adolescente aumentar los límites del propio poder, confirmándole en su conciencia de vida. Para muchos de estos adolescentes morir puede equivaler a matar el cuerpo, pero sin significar necesariamente la muerte de la mente (5).

La depresión es uno de los desórdenes clínicos más frecuentes en la población general y uno de los factores de riesgo predominantes en la conducta suicida, existiendo diversos marcos conceptuales que partiendo de la práctica clínica y de los hallazgos de investigaciones intentan explicarla para intervenir sobre ella. Uno de estos modelos es el de Beck (1967) en el que su tercer componente denominado la tríada cognitiva consiste en (1) una visión negativa de si mismo; (2) una visión negativa del funcionamiento presente, y (3) una visión negativa del futuro. Este último aspecto es la desesperanza (pesimismo) que, conviene precisar, no sólo subyace a la depresión sino también a otros desórdenes psicológicos (37).

La medición del constructo desesperanza fue iniciada por Beck y sus colaboradores con la elaboración de la Escala de Desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale*, BHS) quien la concibe como un sistema de esquemas cognitivos que tienen en común expectativas negativas acerca del futuro, sea este el inmediato o el más remoto. La persona desesperanzada cree: (1) que nunca podrá salir adelante por si mismo; (2) que nunca tendrá éxito en lo que ella intente; (3) que nunca podrá alcanzar objetivos importantes; y (4) que nunca podrá solucionar los diversos problemas que afronte en la vida. El BHS no fue construido para detectar la desesperanza en adolescentes y en la población de adultos normales, sin embargo, como reporta el mismo Beck, se han realizado estudios con ambos propósitos e incluso con adolescentes de 13 años. Por otro lado, el BHS ha mostrado



consistentemente ser bastante útil como un indicador indirecto del riesgo de suicidio en depresivos o en individuos que han intentado el suicidarse (37).

Existe otra escala que permite medir el riesgo suicida elaborada por Plutchik, la cual se trata de un cuestionario de 15 preguntas que se contestan con un "sí" o con un "no" ("¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?, ¿Está deprimido/a ahora?, ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?" Son algunas de ellas). Este cuestionario procede de una versión de 26 preguntas. Diversos estudiosos sobre la materia concluyen que la escala de riesgo suicida es un instrumento útil para discriminar entre individuos con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas. Además, añaden, se trata de una prueba de rápida aplicación (uno o dos minutos) y que no requiere un gran esfuerzo por parte de pacientes o profesionales (38).

En vista de la importancia de la determinación de los factores de riesgo psicosocial que cada día cobran más vidas de adolescentes a nivel mundial, no escapando Venezuela de este fenómeno, así como la carencia de estudios de este tipo en la zona, se decide elaborar este trabajo de investigación tratando de detectar precozmente dichos factores para realizar y aplicar medidas preventivas y así evitar el suicidio en los jóvenes que representan pilares fundamentales de la sociedad.



## **JUSTIFICACIÓN**

El Suicidio tiene un significado diverso de acuerdo al lugar del mundo donde ocurra y estas diferencias entre un sitio y otro se ven influenciadas por los múltiples factores ya sean económicos, culturales, religiosos y de otros tipos propios de cada zona geográfica.

La incidencia de la conducta suicida entre los adolescentes es bastante alta en todo el mundo, por lo que todas las instituciones educativas deberían estar preparadas para su detección precoz y prevención, teniendo en cuenta que estas tienen la importante labor de desarrollar ciudadanos maduros y productivos, así como también por el hecho de que los maestros pasan mucho tiempo con los jóvenes lo que los sitúa en un plano ideal y efectivo para determinar quienes están en riesgo, y así aplicar medidas estratégicas para ayudar a aquellos que tengan tendencias suicidas.

El objetivo principal de esta investigación es la detección precoz de todos aquellos factores de riesgo psicosociales en la conducta suicida de los adolescentes de instituciones educativas.



## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Categorizar los Factores de Riesgo Psicosociales en la Conducta Suicida de los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes” en Ciudad Guayana-Estado Bolívar en el periodo Enero – Diciembre 2008.

### **Objetivos Específicos:**

1-. Clasificar por grado de escolaridad según sexo a los adolescentes evaluados en el Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes” de Ciudad Guayana-Estado Bolívar.

2-. Determinar el tipo de familia a la que pertenecen los adolescentes evaluados en el Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”.

3-. Determinar la edad según el sexo con mayor riesgo de conducta suicida en los adolescentes evaluados en el Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”.

4-. Identificar los factores de riesgo psicosociales de conducta suicida en la población investigada.



5-. Analizar los factores de riesgo psicosociales de conducta suicida según el grado de escolaridad de los adolescentes en los planteles educativos estudiados.

6.- Determinar mediante la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y HM Van Praga la incidencia del riesgo suicida que presentan los estudiantes de las instituciones educativas evaluadas.

7-. Establecer a través de l

a Escala de Desesperanza de Beck el riesgo de suicidarse que tienen los alumnos de las instituciones educativas estudiadas.



## **METODOLOGÍA**

La presente investigación se diseñó como un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y de campo, en las Instituciones: Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes” en Ciudad Guayana-Estado Bolívar.

### **Universo**

El universo estuvo constituido por estudiantes desde 7mo grado de Educación Básica hasta 2do Ciencias del Ciclo Diversificado de cada una de las instituciones en estudio, para ello se tomó una muestra representada por una sección de cada grado escolar escogida al azar.

### **Muestra**

La muestra quedó formada por 335 adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 19 años, estudiantes de ambos sexos, de los grados 7º, 8º y 9º de Educación Básica y 1º y 2º del Ciclo Diversificado, en ambos planteles educativos.

### **Técnicas de recolección de datos**

Para la recopilación de los datos, fue necesario diseñar como instrumento de recolección de datos de variables epidemiológicas y sociales, una encuesta preparada por la investigadora, cuya finalidad fue obtener los datos de la fuente primaria de investigación, en la cual participaron los estudiantes de las dos instituciones educativas que correspondieron a la muestra de la población (Apéndice A) y tres cuestionarios, cuyos contenidos se exponen a continuación:



Cuestionario de Indicadores de Riesgo: Diseñado y estandarizado por Guibert, W., *et al*, que enuncia variables epidemiológicas como: edad, sexo, raza, estado civil, y escolaridad, así como también expresa variables indicadoras de los factores psicosociales de riesgo esenciales de la conducta suicida como lo son: Desesperanza y culpa (ítem 1 y 9), Depresión Mayor (ítem 7 y 11), Impulsividad (ítem 2 y 8), Hostilidad (ítem 12), Falta de Apoyo Social y Familiar (ítem 10 y 13), Presagio, Amenaza o Proyecto Suicida (ítem 5 y 6), Antecedentes de Suicidio Familiar (ítem 4), y Antecedente Personal de Intento Suicida (ítem 2). (Anexo 1). Las variables fueron traducidas de la siguiente forma:

- Persona sin apoyo social y familiar: Vivencia de soledad y de falta de apoyo emocional con independencia de la convivencia con otras personas.
- Sentimiento de desesperanza y culpa: Este sentimiento comprende sensación de imposibilidad absoluta de tener una determinada cosa o de que ocurra algo que pudiera cambiar la realidad existente con pasividad del sujeto.
- Intento suicida previo: haber realizado un intento de matarse anterior al momento de la evaluación con el cuestionario, aunque no haya sido registrado en las estadísticas sanitarias.
- Presagio, amenaza o proyecto suicida: Sujeto que ha tenido y tiene deseos de matarse y ha presagiado, amenazado y preparado planes concretos para hacer realidad sus ideas.
- Impulsividad: Vivencia del sujeto de no tener control de la intensidad de sus emociones, con desequilibrio entre sus procesos de excitación e inhibición ante la tensión psíquica mantenida.
- Hostilidad: Sentimientos de resentimientos hacia los demás, producto de inhabilidad para expresar la agresión recibida.



- Antecedentes familiares de suicidio: Algún familiar que haya realizado intento de suicidarse y/o se haya suicidado.

Los resultados serán evaluados de acuerdo a la cantidad de respuestas afirmativas y negativas que indicaran menor o mayor riesgo de conducta suicida.

–Escala de Desesperanza según Beck: Los resultados fueron expresados por la suma de dos opciones (verdadera y falsa), cada ítem vale un punto y de la sumatoria de dichos ítems se obtienen los puntajes totales. Un puntaje superior a 10, Beck lo considera de riesgo para conductas auto agresivas y predice en un 93,8 % (4) (Anexo 2).

–Escala de Riesgo Suicida elaborada por Plutchik y Hm Van Praga: Que establece que mientras mayor sea el número de ítems con respuesta positivas, mayor es el riesgo de suicidio y establece que el riesgo suicida es alto cuando el sujeto tiene 7 ítems o más con respuestas positivas (4) (Anexo 3).

## **Método**

Se solicitó autorización al personal directivo de cada institución para llevar a cabo la investigación y se determinaron las diferentes variables epidemiológicas y sociales a partir de los datos aportados por los adolescentes en la encuesta elaborada por el investigador y los respectivos cuestionarios aplicados a los mismos de forma espontánea y libre.

## **Instituciones:**

1. Colegio Privado Ezequiel Zamora. San Félix-Estado Bolívar.



2. Liceo Bolivariano Ramón Isidro Montes. San Félix-Estado Bolívar.
3. Universidad de Oriente – Núcleo Bolívar. Departamento de Salud Mental.

**Personal:**

1. Profesora Norma Conquista. Médico Psiquiatra. Asesora de Tesis.
2. Profesora Gloria Berengel. Subdirectora. Liceo Bolivariano Ramón Isidro Montes.
3. Profesora Leída Vásquez. Subdirectora. Colegio Privado Ezequiel Zamora.
4. Bachiller Keyla Cazorla. Tesista.

Los resultados obtenidos se presentaron en cuadros y gráficos aplicando estadística descriptiva como frecuencia relativa y porcentajes los cuales fueron analizados por el investigador y comparado con resultados de otras investigaciones de autores señalados en la investigación y finalmente se formularon conclusiones y recomendaciones.



## RESULTADOS

**Tabla N° 1.**

**Distribución total de alumnos por Grado de Escolaridad según Sexo de los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008.  
Ciudad Guayana - Estado Bolívar**

Grado	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>7mo</b>	44	13,1	33	9,9	77	23
<b>8vo</b>	24	7,2	28	8,4	52	15,6
<b>9no</b>	40	11,9	24	7,2	64	19,1
<b>1ero Cs</b>	40	11,9	26	7,8	66	19,7
<b>2do Cs</b>	53	18,8	23	6,9	76	25,7
<b>Total</b>	201	60,0	134	40,0	335	100

Fuente: Datos del investigador.

La Tabla N° 1, muestra la distribución del grupo de estudiantes investigados según el sexo y grado de escolaridad, donde se observa predominio del sexo femenino con 60,0% (201 alumnas) con relación al masculino con 40,0% (134 alumnos).



**Tabla N° 2.**

**Distribución de alumnos por Grado de Escolaridad e Institución Educativa de los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008.  
Ciudad Guayana - Estado Bolívar**

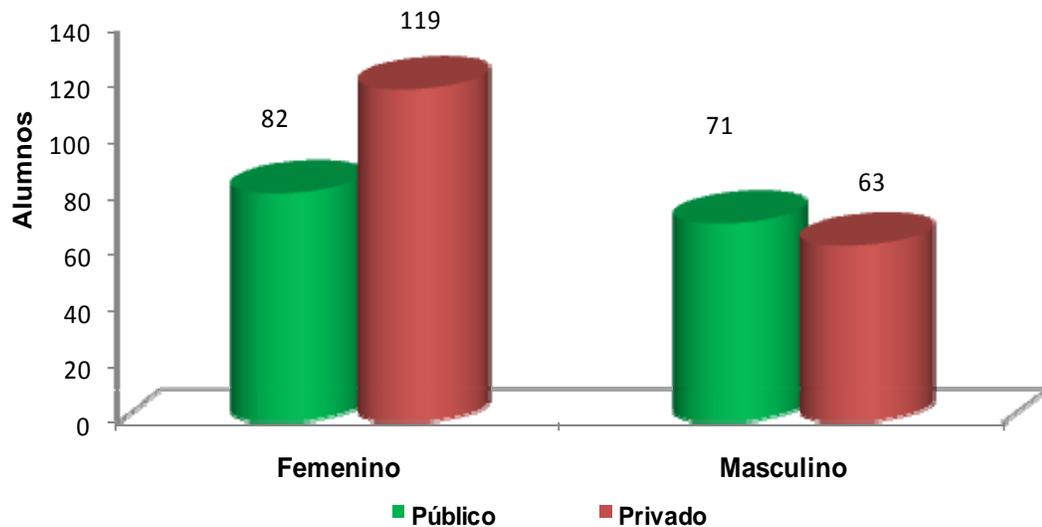
Grado	Institución Privada				Institución Pública			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>7mo</b>	23	12,6	15	8,2	21	13,7	18	11,8
<b>8vo</b>	18	9,9	21	11,5	6	3,9	7	4,6
<b>9no</b>	23	12,6	10	5,5	17	11,1	14	9,2
<b>1eroCs</b>	22	12,1	14	7,7	18	11,8	12	7,8
<b>2do Cs</b>	33	18,1	3	1,6	20	13,1	20	13,1
<b>Total</b>	119	65,4	63	34,6	82	53,6	71	46,4

Fuente: Datos del investigador.

La tabla N° 2, muestra el número de estudiantes por grado de escolaridad e instituciones objeto del estudio, distribuyéndose de la siguiente manera: Colegio Privado “Ezequiel Zamora” con 182 estudiantes de los cuales son 119 del sexo femenino y 63 masculino y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes” con 153 estudiantes de los cuales son 82 del sexo femenino y 71 masculino.



**Grafico N° 1.**



**Distribución de alumnos según Sexo y Tipo de Institución Educativa de los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008.  
Ciudad Guayana - Estado Bolívar.**

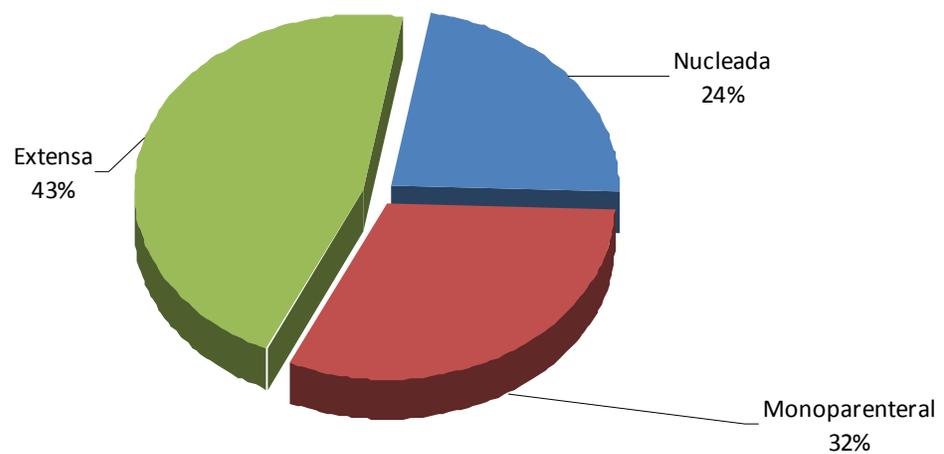
Fuente: Datos del investigador.

El grafico N° 1, muestra la distribución de los alumnos según sexo y tipo de institución educativa: estudiantes femeninos 119 (35,5% privado) y 82 (24,5% público) y masculinos 63 (18,9% privado) y 71(21,1% público).



**Grafico N° 2.**

**Distribución según el Tipo de Familia de los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008. Ciudad Guayana - Estado Bolívar.**



Fuente: Datos del investigador.

En el gráfico N° 2, se presenta la distribución según el tipo de familia al cual pertenecen los adolescentes de las instituciones evaluadas, observándose predominio de las familias extensas con 43%, seguida de las familias monoparentales con 32% y familias nucleadas 24%.



**Tabla N° 3.**

**Distribución por Edad según Sexo de los Adolescentes con Intento Suicida del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008.  
Ciudad Guayana - Estado Bolívar.**

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
12	3	0,9	1	0,3	4	1,2
13	2	0,6	1	0,3	3	0,9
14	6	1,8	1	0,3	7	2,1
15	2	0,6	1	0,3	3	0,9
16	2	0,6	2	0,6	4	1,2
17	5	1,5	1	0,3	6	1,8
18	1	0,3	1	0,3	2	0,6
19	0	0,0	1	0,3	1	0,3
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>6,3</b>	<b>9</b>	<b>2,7</b>	<b>30</b>	<b>9,0</b>

Fuente: Datos del investigador.

La tabla N° 3, muestra la distribución de adolescentes que han realizado intento suicida por edad y sexo, observándose mayor intento suicida en los jóvenes de 14 años (1,8%) y el sexo predominante fue el femenino con 6,3% en ambas instituciones educativas.



**Tabla N° 4.**

**Distribución del Factor de Riesgo Desesperanza y Culpa en los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008. Ciudad Guayana - Estado Bolívar.**

Grado	Privada				Pública				Total			
	Si	%	No	%	Si	%	No		Si	%	No	%
<b>7mo</b>	16	4,8	22	6,6	20	6,0	19	5,7	36	10,7	41	12,2
<b>8vo</b>	11	3,3	28	8,4	5	1,5	8	2,4	16	4,8	36	10,7
<b>9no</b>	16	4,8	17	5,1	10	3,0	21	6,3	26	7,8	38	11,3
<b>1eroCs</b>	11	3,3	25	7,5	10	3,0	20	6,0	21	6,3	45	13,4
<b>2do Cs</b>	10	3,0	26	7,8	15	4,5	25	7,5	25	7,5	51	15,2
<b>Total</b>	64	19,1	118	35,2	60	17,9	93	27,8	124	37,0	211	63,0

Fuente: Datos del investigador.

En la tabla N° 4, se observan los resultados del factor de riesgo Desesperanza y Culpa en los adolescentes del estudio, con mayor predominio en estudiantes del 7mo grado (10,7%) en ambas instituciones, y de acuerdo a la institución educativa prevaleció en la privada (19,1%) y en forma general se presentó en 37,0%.



**Tabla N° 5.**

**Distribución del Factor de Riesgo Depresión Mayor en los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008. Ciudad Guayana - Estado Bolívar.**

Grado	Privada				Pública				Total			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
<b>7mo</b>	16	4,8	22	6,6	13	3,9	26	7,8	29	8,7	48	14,3
<b>8vo</b>	6	1,8	33	9,9	3	0,9	10	3,0	9	2,7	43	12,8
<b>9no</b>	11	3,3	22	6,6	6	1,8	25	7,5	17	5,1	47	14,0
<b>1ero Cs</b>	13	3,9	23	6,9	3	0,9	27	8,1	16	4,8	50	14,9
<b>2do Cs</b>	7	2,1	29	8,7	10	3,0	30	9,0	17	5,1	59	17,6
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>15,8</b>	<b>129</b>	<b>38,5</b>	<b>35</b>	<b>10,4</b>	<b>118</b>	<b>35,2</b>	<b>88</b>	<b>26,3</b>	<b>247</b>	<b>73,7</b>

Fuente: Datos del investigador.

La tabla N° 5, contiene los resultados del factor de riesgo Depresión Mayor en que se encontraron los estudiantes investigados, donde se observó mayor incidencia en los alumnos del Institución Privada (15,8%); y de acuerdo al grado de escolaridad se presentó en los alumnos de 7mo grado (8,7%) en ambas instituciones.



**Tabla N° 6.**

**Distribución del Factor de Riesgo Impulsividad en los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008. Ciudad Guayana - Estado Bolívar.**

Grado	Privada				Pública				Total			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
<b>7mo</b>	22	6,5	16	4,7	23	6,9	16	4,8	45	13,4	32	9,5
<b>8vo</b>	18	5,4	21	6,3	6	1,8	7	2,1	24	7,2	28	8,4
<b>9no</b>	20	6,0	13	3,9	13	3,9	18	5,4	33	9,9	31	9,3
<b>1ero Cs</b>	19	5,7	17	5,1	10	3,0	20	6,0	29	8,6	37	11,0
<b>2do Cs</b>	15	4,5	21	6,3	15	4,5	25	7,5	30	9,0	46	13,7
<b>Total</b>	94	28,1	88	26,3	67	20,2	86	25,8	161	48,1	174	51,9

Fuente: Datos del investigador.

La tabla N° 6, revela los resultados del factor de riesgo Impulsividad, donde en los alumnos de la Institución Privada fue más acentuado con 28,1% que en la institución pública con 20,2%., siendo los más afectados los alumnos del 7mo grado (13,4%) en ambas instituciones.



**Tabla N° 7.**

**Distribución del Factor de Riesgo Hostilidad en los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008.  
Ciudad Guayana - Estado Bolívar.**

Grado	Privada				Pública				Total			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
<b>7mo</b>	11	3,3	27	8,1	13	3,9	26	7,8	24	7,2	53	15,8
<b>8vo</b>	11	3,3	28	8,4	5	1,5	8	2,4	16	4,8	36	10,7
<b>9no</b>	11	3,3	22	6,6	7	2,1	24	7,2	18	5,4	46	13,7
<b>1ero Cs</b>	7	2,1	29	8,7	5	1,5	25	7,5	12	3,6	54	16,1
<b>2do Cs</b>	5	1,5	31	9,3	10	3,0	30	9,0	15	4,5	61	18,2
<b>Total</b>	45	13,4	137	40,9	40	11,9	113	33,7	85	25,3	250	74,6

Fuente: Datos del investigador.

La tabla N° 7, muestra los resultados del factor de riesgo Hostilidad en los alumnos investigados, hallándose relación similar en ambos grupos estudiantiles: 13,4% vs 11,9%., privado y público respectivamente, acentuándose en forma significativa en los estudiantes de 7mo grado con 7,2% en ambas instituciones.



**Tabla N° 8.**

**Distribución del Factor de Riesgo Falta de Apoyo Familiar y Social en los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008.  
Ciudad Guayana - Estado Bolívar.**

Grado	Privada				Pública				Total			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
<b>7mo</b>	9	2,7	29	8,7	22	6,6	17	5,1	31	9,3	46	13,8
<b>8vo</b>	11	3,3	28	8,4	9	2,7	4	1,2	20	6,0	32	9,6
<b>9no</b>	11	3,3	22	6,6	19	5,7	12	3,6	30	9,0	34	10,2
<b>1ero Cs</b>	8	2,4	28	8,4	17	5,1	13	3,9	25	7,5	41	12,3
<b>2do Cs</b>	3	0,9	33	9,9	29	8,7	11	3,3	32	9,6	44	13,2
<b>Total</b>	42	12,5	140	41,8	96	28,7	57	17,0	138	41,2	197	58,8

Fuente: Datos del investigador.

En la tabla N° 8, referente al factor de riesgo Falta de Apoyo Familiar y Social, se evidencia que los alumnos de la institución pública sienten menor apoyo por parte de familiares y amigos (28,7%) y el grado escolar más afectado es el 2do del ciclo diversificado en ambas instituciones.



**Tabla N° 9.**

**Distribución del Factor de Riesgo Presagio, Amenaza o Proyecto Suicida en los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008  
Ciudad Guayana - Estado Bolívar.**

Grado	Privada				Pública				Total			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
<b>7mo</b>	6	1,8	32	9,6	10	3,0	29	8,7	16	4,8	61	18,2
<b>8vo</b>	8	2,4	31	9,3	3	0,9	10	3,0	11	3,3	41	12,2
<b>9no</b>	6	1,8	27	8,1	1	0,3	30	9,0	7	2,1	57	17,0
<b>1ero Cs</b>	5	1,5	31	9,3	4	1,2	26	7,8	9	2,7	57	17,0
<b>2do Cs</b>	2	0,6	34	10,1	4	1,2	36	10,7	6	1,8	70	20,9
<b>Total</b>	27	8,1	155	46,3	22	6,6	131	39,1	49	14,6	286	85,4

Fuente: Datos del investigador.

En la tabla N° 9, se observa que el factor de riesgo Presagio, Amenaza o Proyecto Suicida en ambos grupos de alumnos de las instituciones educativas investigadas esta presente de forma homogénea; con 8,1% en la institución privada y 6,6 % en la institución pública. Y el grupo de adolescentes más afectados según el grado escolar en general fueron los de 7mo grado con 4,8%.



Tabla N° 10.

**Distribución del Factor de Riesgo Antecedente de Suicidio Familiar en los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008  
Ciudad Guayana - Estado Bolívar.**

Grado	Privada				Pública				Total			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
<b>7mo</b>	9	2,7	29	8,7	10	3,0	29	8,7	19	5,7	58	17,3
<b>8vo</b>	6	1,8	33	9,9	1	0,3	12	3,6	7	2,1	45	13,4
<b>9no</b>	6	1,8	27	8,1	5	1,5	26	7,8	11	3,3	53	15,8
<b>1ero Cs</b>	5	1,5	31	9,3	2	0,6	28	8,4	7	2,1	59	17,6
<b>2do Cs</b>	1	0,3	35	10,4	7	2,1	33	9,9	8	2,4	68	20,3
<b>Total</b>	27	8,1	155	46,3	25	7,5	128	38,2	52	15,5	283	84,5

Fuente: Datos del investigador.

En la tabla N° 10, se observa que el factor de riesgo Antecedente de Suicidio Familiar en los Adolescentes para ambos grupos estudiados es muy semejante y que los alumnos del 7mo grado fueron los que reportaron más respuestas afirmativas de familiares que han tenido intentos suicidas y / o se suicidaron.



Tabla N° 11.

**Distribución del Factor de Riesgo Antecedente Personal de Intento Suicida en los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008  
Ciudad Guayana - Estado Bolívar.**

Grado	Privada				Pública				Total			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
<b>7mo</b>	8	2,4	30	9,0	8	2,4	31	9,3	16	4,8	61	18,2
<b>8vo</b>	4	1,2	35	10,4	0	0,0	13	3,9	4	1,2	48	14,3
<b>9no</b>	6	1,8	27	8,1	4	1,2	27	8,1	10	3,0	54	16,1
<b>1ero Cs</b>	3	0,9	33	9,9	2	0,6	28	8,4	5	1,5	61	18,2
<b>2do Cs</b>	2	0,6	34	10,1	5	1,5	35	10,4	7	2,1	69	20,6
<b>Total</b>	23	6,9	159	47,5	19	5,7	134	40,0	42	12,5	293	87,5

Fuente: Datos del investigador

En la tabla N° 11, se observa que los estudiantes de 7mo grado en ambas instituciones educativas, fueron los que presentaron mayor factor de riesgo Antecedente Personal de Intento Suicida (4,8%), y que un 12,5% del total de alumnos encuestados ha realizado por lo menos una vez intento de suicidio.



**Tabla N° 12.**

**Distribución según Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y HM Van Praga en los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008.  
Ciudad Guayana - Estado Bolívar.**

Grado	Privada				Pública				Total			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
<b>7mo</b>	5	1,5	33	9,9	10	3,0	29	8,7	15	4,5	62	18,5
<b>8vo</b>	5	1,5	34	10,1	2	0,6	11	3,3	7	2,1	45	13,4
<b>9no</b>	6	1,8	27	8,1	4	1,2	27	8,1	10	3,0	54	16,1
<b>1ero Cs</b>	3	0,9	33	9,9	2	0,6	28	8,4	5	1,5	61	18,2
<b>2do Cs</b>	1	0,3	35	10,4	5	1,2	35	10,4	6	1,8	70	20,9
<b>Total</b>	20	6,0	162	48,4	23	6,6	130	38,8	43	12,8	292	87,2

Fuente: Datos del investigador.

En la tabla N° 12, se observa la medición del riesgo suicida a través de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y HM Van Praga, evidenciándose que el 12,8% de los adolescentes evaluados presentan alto riesgo de suicidarse y los estudiantes más afectados son los del 7mo grado con 4,5%.



**Tabla N° 13.**

**Distribución según Escala de Desesperanza de Beck en los Adolescentes del Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y el Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”. Enero – Diciembre 2008.  
Ciudad Guayana - Estado Bolívar.**

Grado	Privada				Pública				Total			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
<b>7mo</b>	20	6,0	18	5,4	28	8,4	11	3,3	48	14,3	29	8,7
<b>8vo</b>	15	4,5	24	7,2	6	1,8	7	2,1	21	6,3	31	9,3
<b>9no</b>	10	3,0	23	6,9	12	3,6	19	5,7	22	6,6	42	12,5
<b>1ero Cs</b>	11	3,3	25	7,5	9	2,7	21	6,3	20	6,0	46	13,7
<b>2do Cs</b>	9	2,7	27	8,1	9	2,7	31	9,3	18	5,4	58	17,3
<b>Total</b>	65	19,4	117	34,9	64	19,1	89	26,6	129	38,5	206	61,5

Fuente: Datos del investigador

En la tabla N° 13, se observan los resultados de la Escala de Desesperanza de Beck, determinándose que 38,5% de la población analizada esta en alto riesgo suicida y el grado escolar más afectado es el 7mo grado con 14,3%.



## ANALISIS DE RESULTADOS

La muestra objeto de estudio estuvo constituida por 335 adolescentes de ambos sexos, de las instituciones: Colegio Privado “Ezequiel Zamora” y Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes” de Ciudad Guayana-Estado Bolívar; representados por 201 alumnas y 134 alumnos, en edades comprendidas entre 12 y 19 años. La distribución de alumnos por institución educativa quedó conformada por 35,5% femenino (119 alumnas) y 18,9% masculinos (63 alumnos) del Colegio Privado “Ezequiel Zamora”, además de 24,5% femenino (82 alumnas) y 21,1% masculino (71 alumnos) del Liceo Bolivariano “Ramón Isidro Montes”.

En la presente investigación se encontró que los adolescentes que presentaron mayor intento suicida fueron aquellos que tenían entre 14 y 17 años. En comparación con otros estudios realizados por expertos existe cierta semejanza, como el realizado por la Lic. Beatriz Villalobos y el Dr. Jesús Crespo (12), los cuales determinaron que la mayoría de los intentos fueron entre los 13 y los 17 años de edad; y el estudio realizado por Duran, D., *et al.*, (38) en el que se observó que el grupo de edad que más intentó suicidarse fue el de 15 a 19 años. Dichos resultados coinciden en que existen datos importantes que determinan que los jóvenes adolescentes están propensos a intentar suicidarse por sus características; es decir, son individuos que frecuentemente tienen conflictos en sus relaciones interpersonales y actúan de forma impulsiva cuando enfrentan una situación estresante.

El sexo en el cual se presentaron mayor cantidad de adolescentes con intento suicidio fue el femenino, observándose completa concordancia con los estudios de otros autores como, Retamal, P., *et al.*, Álvarez, M., *et al.*, Guibert, W., Conquista, N., Duran, D., *et al.*; en los cuales es unánime el hallazgo de que el sexo femenino se intenta suicidar con más frecuencia que el sexo masculino.



Mostrando coincidencias con reportes de la literatura especializada que señala a las féminas como más vulnerables y donde muchas veces esta conducta es aprendida por imitación de familia o vecinos allegados, pues con frecuencia se encuentran familiares que han consumado el suicidio, intentado suicidarse y también la repetición en el primer año, por lo que se considera un gran factor de riesgo. En esta dirección, es de destacar también la existencia de amigos o compañeros de escuela con dicha conducta, que por similar mecanismo pueden predisponer a la realización de este acto. También dichos resultados pueden explicarse debido a que los varones se encuentran más expuestos a padecer consecuencias de las variantes familiares, sociales y económicas, así como también se hayan más propensos a el consumo de alcohol y drogas, al uso de medios violentos, permitiéndole todo esto que el intento de suicidarse sea más efectivo, en cambio en las mujeres predominan más los intentos fallidos ya que en estas predomina más la depresión por causas, como baja autoestima, falta de comunicación con familiares más cercanos, falta de aceptación en el colegio, etc.

En cuanto al tipo de familia se obtuvo que predominaron las familias extensas con 43,0%, seguida de las familias monoparentales con 32,8% y familias nucleadas 24,2%, el cual difiere al compararse con otros estudios realizados, como el hecho por Kurtz, L., *et al* (25), en el que se puede observar que hay diferencia, en cuanto a que este menciona que los individuos cuyo tipo de familia con más riesgo de cometer suicidio son las monoparentales. Sin embargo es unificado el criterio de que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida; la falta de uno de los padres, la convivencia en hogares sin reglas, sin patrones de autoridad establecidos, entre muchos otros factores estrechan las posibilidades del adolescente de crecer sanamente desde un punto de vista integral, y lo expone a ser más susceptible a los efectos negativos de eventos trascendentes. Gough indica que la visión y experiencias que han sido proporcionadas por la familia y por la escuela, contribuyen en buena parte a formar a esos adolescentes que luego la misma



sociedad rechaza y critica, y es que los adultos en el presente se niegan a asumir sus roles de autoridad por temor a caer en el autoritarismo que sufrieron cuando ellos fueron jóvenes, pero no se han percatado de que la autoridad es necesaria para poder ayudar a las nuevas generaciones a ser adultos mejores (27). Por lo antes descrito esta comprobado que el rol familiar y el círculo de personas con quienes estos conviven representan gran importancia; principalmente los padres los cuales son las figuras de apoyo y motivación para los adolescentes.

Al analizar el tipo de institución educativa se observó que los intentos suicidas se presentaron de forma predominante en los adolescentes de la institución privada. Al realizar comparaciones con estudios realizados por otros autores, como el hecho por Alcántar, I., *et al* (8), en el cual también se observó predominio de intento suicida en estudiantes de escuelas privadas, en especial en los bachilleratos; se puede inferir que a pesar de esperarse resultados contrarios por las supuestas mejores condiciones socioeconómicas en que se cree se encuentran los jóvenes de estas instituciones educativas, padecen las consecuencias a las que se encuentran actualmente expuestos los niños y jóvenes de la sociedad, ya que aunque parezca controversial, estos sufren más la carencia de los padres, quienes en muchos casos deben permanecer mucho tiempo fuera del hogar para poder cubrir y satisfacer necesidades económicas.

De acuerdo al análisis de los factores de riesgos psicosociales, se encontró que la Desesperanza y Culpa, entendiéndose la desesperanza como la sensación de imposibilidad absoluta de obtener una determinada cosa, o de que ocurra algo que pueda cambiar la realidad existente, lo cual va generando impotencia y culpa por el destino que conduce al abandono de la lucha por la vida, como dice un viejo proverbio: un individuo sin esperanza ya está vencido por la muerte (4). En los adolescentes del estudio, estuvo presente en mayor proporción en la institución privada (19,1%) que en la pública (17,9%) y en forma general se presentó en 37,0%, en ambas instituciones educativas, en comparación con otros estudios como el



realizado por Guibert, W., (4), en el cual se reportó en una proporción de 71,73% en el grupo de individuos estudiados y en otro estudio realizado por Bailador, M., *et al* (11), en donde los datos obtenidos muestran que 18% de los jóvenes se han sentido tristes sin causa aparente, 28 % han pensado alguna vez en quitarse la vida y 5 % han realizado por lo menos un intento de autoeliminación. Estos resultados permiten inferir que este factor de riesgo tiene una asociación significativa de tipo causal con la conducta suicida, haciendo más probable la aparición de un intento suicida en la persona que la posee.

Así mismo, la Depresión Mayor se presentó como otro de los factores de riesgo; hallándose en los estudiantes investigados mayor incidencia en los alumnos de la Institución Privada con 15,8% y 26,3% en general, y con respecto al grado de escolaridad, fue más frecuente en los alumnos del 7mo grado (8,7%), para ambas instituciones; aun cuando no guarda estrecha relación con otros autores, como Guibert, W. (4), el cual reporta en uno de sus estudios que 73,91% presentaron depresión mayor y el realizado por Duran, D.(38), en el cual la prevalencia de episodio depresivo mayor fue de 41.9%; se puede indicar que la depresión mayor, traduce una analogía significativa de causalidad con el intento suicida al hacerlo mucho más probable y se acompaña generalmente de sentimientos de desesperanza. Los individuos con depresión generalmente tienen una baja autoestima y son atormentados por ideas de muerte recurrente, que en muchos casos, llegan al suicidio cuando aparece la desesperanza. Los adolescentes que están deprimidos también pueden manifestar otras señales de advertencia o síntomas, pueden aumentar sus problemas escolares debido a inasistencias, falta de interés o motivación, o concentración deficiente y baja energía mental, algunos de ellos directamente abandonan la escuela, ya que suponen que van a fracasar a causa de sus problemas, de esta misma manera, los problemas de aprendizaje no diagnosticados pueden impedir un buen desempeño escolar, los cambios hormonales pueden afectar su estado de ánimo, o los problemas de salud pueden resultar un desafío o un revés. Con o sin los



genes para la depresión, cualquiera de estos elementos puede preparar el contexto para que una persona se deprima y decida suicidarse (5).

La Impulsividad es otro de los factores de riesgo analizados, donde se revela que en los alumnos de la institución privada fue más acentuado con 28,1% que en la institución pública con 20,2%, siendo los más afectados los alumnos del 7mo grado con 13,4% en ambas instituciones, comparando con otros estudios entre los cuales se halla el de Guibert, W (4), en el cual se obtuvo que el 65,20% de los sujetos evaluados presentó impulsividad, confirmando que cuando un sujeto ha perdido el control de sus impulsos emocionales, su vulnerabilidad para realizar un intento suicida aumenta significativamente, sobre todo en un ambiente de indicadores de impulsividad como: excitabilidad, baja tolerancia a la frustración, actuar antes de pensar, desorganización, pobre habilidad de planeamiento, excesivo cambio de una actividad a otra, dificultad en situaciones grupales en las que se requiere paciencia para actuar según turnos y requerimiento de mucha supervisión.

Debido a las características, estos estudiantes realizan comentarios fuera de lugar, tocan o se apropian de cosas que no deben, hacen payasadas. Además muestran reacciones automáticas (no intencionales o premeditadas), de ira o rabia ante pequeñas frustraciones o situaciones que perciben como amenazas. Tienen muchas dificultades para esperar, guardar turno en los juegos, cola para la comida y puede que se muestren quejosos si tienen que esperar o que empiecen a portarse mal. Cuando se les promete una actividad agradable, puede que insistan y la exijan antes de tiempo hasta agotar a los adultos (4).

Con respecto al factor de riesgo Hostilidad, en los alumnos investigados, se encontró similar relación en ambos grupos estudiantiles: 13,4% vs 11,9%., privado y público respectivamente, acentuándose en forma significativa en los estudiantes del 7mo grado con 7,2%, en ambas instituciones. Al compararlo con el estudio realizado



por Guibert, W. (4), en el cual se obtuvo que el 63% de los evaluados tuvo presente este factor de riesgo, permitiendo inferir que la hostilidad aparece como una expresión de un aprendizaje incorrecto del manejo de la agresión recibida, y es un fallo en la adaptación del individuo que se origina cuando a una agresión recibida, no se le da una respuesta satisfactoria desde la percepción del sujeto y este continúa rumiando el daño percibido, ampliando su significado emocional y prolongándolo en el tiempo. Las tensiones que se generan en el interior de las aulas de clase son indicadores de los sentimientos negativos que tienen los estudiantes con respecto a la escuela, las cuales son particularmente exclusiva de los tiempos que se viven actualmente y los convierte en individuo con caracteres hostiles (15).

La Falta de Apoyo Social y Familiar fue otro aspecto analizado, donde se evidenció que los alumnos de la institución pública sienten menor apoyo por parte de sus familiares y su entorno social con 28,7% y en forma general un 41,2 % de los jóvenes sienten igual, el grado escolar más afectado fue el 2do del ciclo diversificado; en correlación con un estudio hecho por Guibert, W. (4), en el cual se obtuvo que el 58,07% del grupo estudiado presentó dicho factor de riesgo, lo cual permite deducir que existe relación significativa de causalidad con la conducta suicida, lo cual puede explicarse por dos mecanismos: puede reflejar la sensación del sujeto de que no es necesario, significativo o útil dentro del grupo familiar y social en que se desenvuelve; y con su aislamiento reduce las posibilidades de recibir apoyo y de evitar la conducta suicida como solución. Los adolescentes tienen mucha necesidad de un apoyo consistente y de lugares sanos para estar. Esa necesidad nace de las especificidades relacionadas con el desarrollo físico, social y emocional de los jóvenes, por ejemplo; durante los años de preadolescencia o de adolescencia de los niños, el mundo exterior, comenzando por su círculo de amigos y siguiendo por el mundo a su alrededor, tienen un efecto enorme sobre sus elecciones. El entorno y los programas para jóvenes brindados por una organización pueden marcar una gran diferencia en sus vidas y en sus futuros, dándoles actividades sociales seguras y



divertidas y modelos positivos que los inspiren (1) y el contacto humano posibilita amortiguar la tensión, la tristeza y aumenta el sentimiento de solidaridad.

Otro factor analizado fue Presagio, Amenaza o Proyecto Suicida, en el cual se observa un resultado homogéneo en ambos grupos de alumnos de las instituciones educativas investigadas; con 8,1% en la institución privada y 6,6 % en la institución pública; y el grupo de adolescentes más afectados según el grado escolar en general fue el 7mo grado con 4,8%, y se podrían interpretar como ínfimas en comparación con el estudio de Guibert, W., (4) en el cual se encontró presente en 54,30% de los alumnos y con el estudio elaborado por Duran, D.(38), donde se evidencio que el 27.4% de los individuos investigados confesó haber preparado un plan para suicidarse, y más del 50% de estos pacientes lo planearon al menos una semana antes. Sin embargo estas cifras halladas no son menos importante y los resultados indican que en cualquier persona, el hecho de presagiar y tener elaborado un plan para terminar con la vida nos indica que en ésta se ha potenciado una fuerte motivación hacia la muerte y el efecto de otros factores de riesgo, y que se encuentra en el peldaño más cercano al intento suicida, haciendo mucho más probable la ejecución del mismo. En la formación del Proyecto Suicida, la idea suicida sirve para aliviar la tensión al principio es egodistónica, provoca ansiedad, una vez estructurada, se expresa por medio de fantasías y luego por acciones preliminares. Al acto final preceden críticas y conflictos; después la confusión y el descontrol se incrementan y la resolución puede ocurrir en plena despersonalización (10).

En el estudio se encontró que el Antecedente de Suicidio Familiar en los Adolescentes para ambos grupos estudiados fue semejante, siendo el total entre ambos centros educativos 52 respuestas afirmativas (15,5%) y el grado escolar más afectado fue el 7mo (5,7%); en comparación con un estudio hecho por Duran, D. (38), en el cual sólo el 11.3% de los pacientes tenían este antecedente, y el realizado por Guibert, W. (4), el cual reportó que 30,4% de los individuos evaluados tenía



familiares que se intentaron suicidar y/o se suicidaron, y en otro estudio elaborado por Álvarez, M.(10), se observó que 25 encuestados refirieron tener algún familiar con intento suicida o que se suicido. Una posible razón para el hallazgo de estas cifras bajas es que en nuestro país hay mucho prejuicio para emitir datos de esta naturaleza a los jóvenes en su medio familiar o bien sea porque como esta descrito en la teoría no siempre la conducta suicida esta influenciada por factores genéticos.

En cuanto al factor Antecedente Personal de Intento Suicida, se encontró que los estudiantes de 7mo grado de ambas instituciones educativas fueron los que presentaron mayor incidencia 4,8%, y que un 12,5% del total de alumnos evaluados presentó por lo menos un intento de suicidio previo, en comparación con estudios realizados por Guibert, W. (4), en el que se reportó que el 88% de los evaluados presentó este factor y en el estudio hecho por Álvarez, M. (10), se encontró que del total de encuestados (364), 13 de estos (3,6 %) lo han intentado, tres de ellos, más de una vez. Aún cuando en el presente estudio las cifras encontradas son bajas, el intento suicida previo de la persona es otro factor importante, que hace 10 veces más probable que esté realice un intento de autodestruirse, ya que una vez que el individuo rompe las barreras que lo protegen del suicidio intentándolo, es mucho más probable que lo repita; es como si perdiera el miedo a autodañarse y tuviera más seguridad en él en cómo hacerlo, de hecho un elevado por ciento de las personas que sobreviven un intento suicida lo repiten, y logran su propósito de morir en menos de un año (4). Sirviendo estos como base confirmatoria de que parte importante de las personas que intentan suicidarse suelen repetir los intentos en cualquier otro momento de su vida, y que estos dependerán de todo un conjunto de factores que de forma integral permiten la adaptación y supervivencia del individuo (10).

Según la medición del riesgo suicida a través de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y HM Van Praga, se evidenció que el 12,8% de los adolescentes evaluados presentan alto riesgo de suicidarse y los estudiantes más afectados son los



del 7mo grado con 4,5%. En un estudio aparecido en *Acta Psychiatrica Scandinava*, en 1994, se analizaron más de 1.300 casos de tentativas de suicidio a lo largo de 10 años. La conclusión fue que el 18% de las personas que habían intentado quitarse la vida repetidas veces lo acabó haciendo. Este y otros estudios similares sugieren que las personas que han realizado intentos de suicidio se parecen a las que se acaban quitando la vida. Es decir, que tanto la tentativa de suicidio como la ideación (pensar en hacerlo) son importantes factores de riesgo. Sin embargo, no siempre es así, Plutchik cita un estudio australiano publicado en *Acta Psychiatrica Scandinava* en 1991 en el que se estudió durante ocho años a todos los niños que al acabar la etapa escolar se les daba una batería de pruebas psicológicas. El 40% de los que reconocieron haber tenido ideas de suicidio cuando se les examinó en 1984 negó haber albergado en su vida algún pensamiento suicida cuando fueron reevaluados en 1998 (37). Los resultados obtenidos en la Escala de Riesgo de Plutchik comparten similitud con los obtenidos al aplicar la Escala de Desesperanza de Beck, en donde se observa que 38,5% de la población analizada está en alto riesgo suicida y el grado escolar más afectado es el 7mo grado con 14,3%, confirmando que los adolescentes objetos de este estudio presentan riesgos suicidas.



## CONCLUSIONES

- La presencia de ambos progenitores en la educación de los hijos es vital; sin embargo, se demostró que el mayor número de adolescentes pertenecen a familias de tipo extensa, quedando la responsabilidad de la formación integral de éstos compartida con terceros.

- Existe mayor frecuencia de intento suicida en adolescentes del sexo femenino.

- Los adolescentes con mayor intentos suicidas fueron los que tenían edades comprendidas entre los 14 y 17 años.

- Existe mayor predominio de intento suicida en estudiantes de escuelas privadas, en especial en los extremos de los grados escolares.

- Los factores psicosociales de riesgo: desesperanza y culpa (37,0%), depresión mayor (26,3%), hostilidad (25,3%), impulsividad (48,1%), antecedente personal de intento suicida (12,5%), falta de apoyo familiar y social (41,2%), presagio, amenaza o proyecto suicida (14,6%), tienen relación significativa de tipo causal con la conducta suicida.

- La aplicación de las Escalas de Beck y Plutchik y HM Van Praga, demostraron que existe un alto riesgo de conducta suicida en los adolescentes.

- Los factores psicosociales de riesgo más predominantes fueron Impulsividad (48,1%), Falta de Apoyo Familiar y Social (41,2%) y Desesperanza y Culpa (37,0%).



- Los factores psicosociales de riesgo fueron más predominantes en los alumnos del 7mo grado en ambas instituciones educativas.

- El suicidio en la adolescencia es un problema de salud pública, encontrándose un dramático incremento de sus tasas con el transcurrir de tiempo, sobre todo en individuos jóvenes.

- El suicidio puede aparecer en familias independientemente de otras condiciones psicopatológicas hereditarias como los trastornos afectivos, esquizofrenia o abuso de alcohol, entre muchos, así como también se ve influenciado por factores ambientales como la disponibilidad de métodos letales o la ruptura de relaciones emocionales importantes.

- Para realizar una adecuada prevención del suicidio, es imprescindible la capacitación del Médico, porque de su trabajo en la detección, evaluación, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y remisión del riesgo de suicidio dependerá la reducción eficaz de esta causa de muerte evitable.



## RECOMENDACIONES

- Sensibilizar y educar a padres, madres y responsables sobre el impacto y consecuencias del maltrato en el hogar.
- Invitar a los educadores a que se capaciten y se vinculen a un sistema de alerta epidemiológica que permita identificar posibles factores de riesgo relacionados con la conducta suicida y remitan al afectado a un profesional de la salud.
- Facilitar el acceso a la atención en salud mental, en especial cuando se detecten factores de riesgo tales como la depresión y las pérdidas afectivas, entre otros.
- Promover en las instituciones educativas, a través de las escuelas de padres y madres y de otros talleres de entrenamiento para estudiantes, temas como el manejo de la ira y la solución de conflictos, en especial entre personas y grupos propensos a tener comportamientos impulsivos.
- Diseñar y establecer programas de promoción de la salud mental y prevención de la conducta suicida.
- Realizar un protocolo de manejo del intento de suicidio en los servicios de emergencia de los hospitales generales, con el objeto de poder definir la gravedad del intento suicida y decidir que pacientes ameritan permanencia en emergencia, hospitalización o transferencia a un hospital o centro psiquiátrico.



- Emplazar mayor énfasis en el reforzamiento del ámbito sentimental y familiar en el que éste se desarrolla, ya que son estos factores los que desencadenan con mayor frecuencia un acto suicida en nuestro medio, y su adecuada intervención, podría evitar futuros episodios.

- Contar con un psiquiatra o residente de psiquiatría en los servicios de emergencia de los hospitales generales, sobre todo para la evaluación de los pacientes suicidas que no requieren hospitalización, con el objeto de detectar enfermedades psiquiátricas y determinar su seguimiento por consultorio externo.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cortés Alfaro, A. 1997, Marzo. Conducta Suicida, Adolescencia y Riesgo. [EnLínea]. Disponible: “[http:// www. monógrafias.com/trabajo 15/ ConductaSuicida/html](http://www.monografias.com/trabajo15/ConductaSuicida/html). [Febrero 2008].
2. Francia Reyes, M. 2008, Septiembre. Adolescencia y Suicidio. [En línea] Disponible:[http://64.233.169.104/search?q=cache:WNq\\_CB1Bq9AJ:www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/994/1/Adolescencia-y-suicidio.html+adolescencia+y+suicidio+portales+m%C3%A9dicos&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=ve](http://64.233.169.104/search?q=cache:WNq_CB1Bq9AJ:www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/994/1/Adolescencia-y-suicidio.html+adolescencia+y+suicidio+portales+m%C3%A9dicos&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=ve) [Septiembre, 2008].
3. Baca-García, E., Díaz-Sastre, C. 2008, Septiembre. Introducción a la conceptualización de la conducta suicida. [En línea] Disponible: <http://64.233.169.104/search?q=cache:a2uEeDPC33gJ:www.herrerros.com.ar/melanco/monopsisui.htm+un+modelo+para+comprender+el+riesgo+de+la+conducta+suicida&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=ve> [Septiembre, 2008].
4. Guibert, W., Del Cueto de Inastrilla, E. 2003. Factores Psicosociales de Riesgo de la Conducta Suicida. Rev Cubana Med Gen Integr. [Serie en línea] 19 (5): 324-368. Disponible: [http://bsv.sld.cu/revistas/mgi/vol\\_195\\_03/mgi04503.html](http://bsv.sld.cu/revistas/mgi/vol_195_03/mgi04503.html). [Febrero 2008].
5. Anónimo. 2005. Los trastornos de la salud mental. Suicidio Adolescente. [En línea] Disponible:[http://64.233.169.104/search?q=cache:ZDTWCD9WvPUJ:www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult\\_mentalhealth\\_sp/teenhub.cfm+los+trastornos+de+la+salud+mental.+suicidio+adolescentes&hl=es&ct=clnk&cd=2&gl=ve](http://64.233.169.104/search?q=cache:ZDTWCD9WvPUJ:www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_mentalhealth_sp/teenhub.cfm+los+trastornos+de+la+salud+mental.+suicidio+adolescentes&hl=es&ct=clnk&cd=2&gl=ve) [Marzo 2008].



6. Retamal, P., Reszczynski, C., Orio, M., Ojeda, I., Medina, P. 1995. Aspectos generales del suicidio en Chile. Boletín Hospital San Juan de Dios. [Serie en línea] 39 (1): 29-49. Disponible: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/cielo.php/script\\_sci\\_serial/Ing\\_en/pid-0120-0534/nrm\\_iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/cielo.php/script_sci_serial/Ing_en/pid-0120-0534/nrm_iso). [Marzo 2008].
  
7. Hernández Cervantes, Q. 2005. Epidemiología del Suicidio Adolescente en México. [En línea] Disponible: <http://suicidioadolescente.info/dimensión/epimex.html> [Febrero 2008].
  
8. Alcántar, I., González, C., Villatoro, J. 2002. Prevalencia de Intento Suicida en Estudiantes Adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. Dialnet. [Serie en línea]. V 25, N° 6, págs. 1-12. Disponible: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=623559>. [Junio 2008].
  
9. Hernández Cervantes, Q. 2006. Estudios sobre Suicidio en México. [En línea] Disponible: <http://suicidioadolescente.info/suicidioMexico.html>. [Febrero 2008].
  
10. Álvarez, M., Hernández, F., Castillo, N., Hernández, Y., Sibila, Castro, C., Romero, M. 2006, Mayo. Algunos Factores de Riesgo en la Adolescencia, Algunos Hallazgos en un Área de Salud. bvs. [Serie en línea]. Vol 46. N° 3. Disponible: [http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol46\\_3\\_08/hie07308.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol46_3_08/hie07308.htm). [Octubre 2008].
  
11. Bailador, M., Viscardi, N., Dajas, F. 1997. Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo. Rev.Med:Urug. [Serie en línea]. 13 (3): 213-23. Disponible: <http://www.>



Bases.Bireme.br/egi-bin/wxislind.exe/iah/online/?Isis

Script=iah/iahxis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&e  
xprSearch=255603&indexsearch=ID. [Agosto 2008].

12. Villalobos, B, Crespo J. 2005. Intentos de Suicidio en Niños y Adolescentes en la consulta de Emergencia del Hospital Miguel Pérez Carreño Junio 2002-Mayo 2003. [En línea] Disponible: [http://www.svp.org.ve/index.php?option=com\\_content&task=view&id=8&Itemid=54](http://www.svp.org.ve/index.php?option=com_content&task=view&id=8&Itemid=54). [Marzo 2008].
13. Conquista, N. 2008. Psicopatología Asociada al Intento de Suicidio en Adolescentes Atendidos en el Centro de Salud Mental del Complejo Hospitalario Ruiz Y Páez de Ciudad Bolívar. Trabajo de Ascenso. Departamento de Salud Mental. Esc. Cs. Salud. Bolívar UDO. 75pp (Multígrafo). Información obtenida de un ejemplar.
14. Oquendo, M., Mann, J. 2003. Un modelo para comprender el riesgo de conducta suicida: factores neurobiológicos y psicológicos. [En línea] Disponible <http://64.233.169.104/search?q=cache:a2uEeDPC33gJ:www.herrerros.com.ar/melanco/monopsisui.htm+un+modelo+para+comprender+el+riesgo+de+la+conducta+suicida&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=ve> [Marzo 2008].
15. Casullo, M., Fernández, M., Cintini, N., 2004. Estudio Comparativo sobre Adolescentes en Riesgo Suicida. [Serie en línea]. Disponible: [http://www.Suicidologia.Org.ar/files/estudio\\_comparativo\\_riesgo\\_suicida\\_adolescentes\\_casullo.pdf](http://www.Suicidologia.Org.ar/files/estudio_comparativo_riesgo_suicida_adolescentes_casullo.pdf). [Junio 2008].



16. Castañeda, A. 2003. Características psicosociales del adolescente parasuicida. [Serie en línea]. Disponible: [http:// www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s.asp?texto.art31001](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto.art31001).
  
17. Diekstra, R. 2007. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatry Scand.* [Serie en línea] 87: 9-20. Disponible: [http:// www.interscience.wiley.com / journal / 120813112 / abstract? CRETRY=1&SRETRY=0](http://www.interscience.wiley.com/journal/120813112/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0). [Agosto 2008].
  
18. Birmaher, B., Ryan, N., Williamson, D., Brent, D., Kaufman, J., Dahl, R., *et al.* 1996. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years, part I. *JAACAP.* [Serie en línea] 35 (11): 1427-1439. Disponible: [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov / pubmed / 8936909](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8936909). [Marzo 2008].
  
19. Shaffer, D., Gould, M., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., *et al.* 1996. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry.* medline. [Serie en línea] 53 (4):339 - 348. Disponible:<http://www.mdconsult.com/das/citation/body/1159956282/jorg=journal&source=MI&sp=722031&sid>. [Marzo 2008].
  
20. Serfaty, E. 1998. Suicidio en la adolescencia. *Adolesc Latinoam.* [Serie en línea] 1 (2): 105-110. Disponible: [http://www.raladolec.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=51414-71301998000100007&Ing=es&nrm=iso.ISNN1414-7130](http://www.raladolec.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51414-71301998000100007&Ing=es&nrm=iso.ISNN1414-7130). [Febrero 2008].
  
21. Andrews, J., Lewinsohn, P. 1992. Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *JAACAP.* [Serie en línea] 31:655-662. Disponible:



<http://www.journals.Iww.com/jaacap/pages/articleviewer.aspx?year=1992&issue=07000&article=00012&type=abstract>. [Marzo 2008]

22. Peterson, B., Zhang, H., Santa Lucia, R., King, R., Lewis, M. 1996. Risk factors for presenting problems in child psychiatric emergencies. JAACAP. [Serie en línea] 35: 1162-1173. Disponible: <http://www.journals.Iww.com/jaacap/pages/default.aspx>. [Febrero 2008].
23. Shaffer, D. 1974. Suicide in childhood and early adolescence. NCBI. [Serie en línea] 15:275-291. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4459418>. [Febrero 2008].
24. Macias, L. 1997, Marzo. Suicidio en Adolescentes. [Serie en línea]. Disponible: <http://www.monografias.com/Trabajos10/suiad/suiad.shtml>. [Octubre 2008].
25. Kurtz, L., y Derevensky, J. L. (1993). Stress and coping in adolescents: The effects of family configuration and environment on suicidality. Second International Conference for the Child of the Organization for the Protection of Children's Rights .Canadian Journal of School Psychology. [Serie en línea] Vol 9(2) 204-216. Disponible: <http://www.geocities.com/oceanhounds/ElSuicidioenadolescentes/htm>. [Octubre 2008].
26. Gough, K. 1974. La definición del matrimonio. "El origen de la familia". [Serie en línea]. Disponible: <http://www.wikipedia.org/wiki/Familia>. [Octubre 2008].



27. Spirito, A., Brown, L., Overholser, J., Fritz, G. 1989. Attempted suicide in adolescence: a review and critique of the literature. *Clin Psychol Rev. ScienceDirect*. [Serie en línea] 9:335-363. Disponible: [http://www.sciencedirect.com/science:ArticleURL&\\_udi=B6VB8461T4-44&\\_user=10&\\_rdoc=1&fmt=&\\_orig=search&\\_sort=d&view=c&\\_acct=c000050221&\\_version=1&\\_urlversion=0&\\_userid=10&md5=55c610897ee358e1520c66bf052f7b28](http://www.sciencedirect.com/science:ArticleURL&_udi=B6VB8461T4-44&_user=10&_rdoc=1&fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=c000050221&_version=1&_urlversion=0&_userid=10&md5=55c610897ee358e1520c66bf052f7b28). [Febrero 2008].
28. Fergusson, D., Lynskey, M. 1995. Childhood circumstances adolescent adjustment and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *NCBI*. [Serie en línea]. 34 (5): 612-622. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7775356>. [Marzo 2008].
29. Taylor, E., Stansfeld, S. 1984. Children who poison themselves. I. A clinical comparison with psychiatric controls. *BJP*. [Serie en línea] 145: 127-132. Disponible: <http://www.bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/145/2/127>. [Febrero 2008].
30. Woods, E., Lin, Y., Middleman, A., Beckford, P., Chase, L., Durant, R. 1997. The associations of suicide attempts in adolescents. *Pediatrics. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*. [Serie en línea] 99: 791-796. Disponible: [http://www.scielo.cl/scielo.php.pid=5071792272001000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php.pid=5071792272001000300005&script=sci_arttext). [Marzo 2008].
31. Flouri, E., Buchanan, A. 2002. The Protective Role Of Parenteral Involvement In Adolescents Suicide. *Crisis*. [Serie en línea]. Vol 23, 17-22. Disponible: <http://www.Spsw.ox.ac.uk/filoadmin/static/parenting/Flouri.htm>. [Octubre 2008].



32. Zayas, L., Lester, R., Cabassa, L., Fortuna, L. 2005. Why do many latina teens attempt suicide?. American Journal of Orthopsychiatry. [Serie en línea]. 75(2), 275-287. Disponible: [http:// www. Pubmed central.nih.gov/articlerender.fcgi? articl= 2662359](http://www.Pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?articl=2662359). [Octubre 2008].
33. Pérez, A., Salazar, O., Piraguata, C., López L., Ramírez, C. 2002. Intento de Suicidio en niños menores de 14 años, atendidos en el Hospital Universitario del Vaalle, Cali. Colombiamedica. [Serie en línea]. Vol 34, N° 01. Disponible: [http:// colombiamedica.univalle.edu.co/vol 3n°1cm34n1a2.htm](http://colombiamedica.univalle.edu.co/vol3n1cm34n1a2.htm).. [Octubre 2008].
34. Pérez, S. 1997. Como Evitar el Suicidio en Adolescentes. [Serie en línea]. Disponible: [http:// www. Psicología-online.com/ebooks/suicidio/bibliografía.shtml](http://www.Psicología-online.com/ebooks/suicidio/bibliografía.shtml). [Octubre 2008].
35. Anónimo. 2007. El Suicidio Adolescente. [Serie en línea]. Disponible: [http:// www.healthsystem.virginia.edu/ uvahealth adult\\_mentalhealth\\_sp/teensuic.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/evahealthadult_mentalhealth_sp/teensuic.cfm). [Octubre 2008].
36. Aliaga, J., Rodríguez, L., Ponce, C., Frisancho, A., Enriquez, J. 2006. Escala de Desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y características psicométricas. P@psic. [Serie en línea]. V.9, N° 1. Disponible: [http:// pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1609-74752002000100005&Ing=pt&nrm=](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1609-74752002000100005&Ing=pt&nrm=). [Junio 2008].
37. López, M. 1998. Cómo predecir un Suicidio. El Mundo. [Serie en línea]. 303. Disponible:[http:// www.elmundo.es /salud/303/09NO125.html](http://www.elmundo.es/salud/303/09NO125.html). [Junio 2008].



38. Duran, D., Mazzotti, G., Vivar, A. 1999. Intento de Suicidio y Depresion Mayor en el Servicio de Emergencia de un Hospital General. BVRevistas. [Serie en linea]. V 62, N° 3-4. Disponible: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Neuro\\_psiquiatria/V62\\_N34/intento%20de%20suicidio%20y%20depresi%C3%B3n%20mayor.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Neuro_psiquiatria/V62_N34/intento%20de%20suicidio%20y%20depresi%C3%B3n%20mayor.htm). [Junio 2008].

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

<b>TÍTULO</b>	Detección Precoz de Factores de Riesgo Psicosociales en la Conducta Suicida de los Adolescentes. Ciudad Guayana – Estado Bolívar. Enero – Diciembre 2008.
<b>SUBTÍTULO</b>	

**AUTOR (ES):**

<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>CÓDIGO CULAC / E MAIL</b>
Cazorla T., Keyla G.	<b>CVLAC:</b> 13.994.143 <b>E MAIL:</b> www.miangeldelcielocazorla3@gmail.com
	<b>CVLAC:</b> <b>E MAIL:</b>
	<b>CVLAC:</b> <b>E MAIL:</b>
	<b>CVLAC:</b> <b>E MAIL:</b>

**PALABRAS O FRASES CLAVES:**

Conducta Suicida, Suicidio, Adolescentes, Factores de Riesgo.

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

ÁREA	SUBÁREA
Departamento de Salud Mental	Psiquiatría

**RESUMEN (ABSTRACT):**

A través de los años se ha demostrado que el intento suicida esta presente en todos los ámbitos de la vida del ser humano, a partir de condiciones psiquiátricas como la depresión, ansiedad o dificultades relacionadas con el contexto social y familiar, así mismo, como los conflictos a vencer que traducidos en el estrés ocasionan conductas lesivas al hombre. La presente investigación se diseño como un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y de campo aplicado a adolescentes del 7mo grado al 2do del ciclo diversificado de las Instituciones Educativas Colegio Privado "Ezequiel Zamora" y Liceo Bolivariano "Ramón Isidro Montes" en Ciudad Guayana-Estado Bolívar, en el período Enero-Diciembre 2008. Para el desarrollo de la investigación el investigador elaboró una encuesta, cuyo contenido refleja variables sociales y epidemiológicas como: grado de escolaridad, sexo edad, tipo de familia entre otros; también se utilizaron soportes científicos como el Cuestionario de Indicadores de Riesgo de Guibert, W., et al, así como la Escala de Desesperanza de Beck y la Escala de Riesgo Suicida de

Plutchik y HM Van Praga. El estudio se aplicó a 335 adolescentes en edades comprendidas entre los 12 y 19 años, quedando distribuidos en 201 femeninos y 135 masculinos. Los resultados demostraron mayor intento suicida en el sexo femenino (6,3%), en la edad de 14 años (2,1%) y 17 años (1,8%); el tipo de familia predominante fue la extensa (43,0%); como resultado de los factores psicosociales se encontró que la Desesperanza y Culpa (19,1%), la Depresión Mayor (15,8%) y la Impulsividad (28,1%) fueron más acentuados en la Institución Privada; la Hostilidad fue similar en ambos grupos estudiados 13,4% vs 11,9%, privada y pública respectivamente; la Falta de Apoyo Social y Familiar (28,7%) estuvo más presente en la Institución Pública; el Presagio, Amenaza o Proyecto Suicida fue similar en ambas instituciones con 8,1% vs 6,6 %, privada y pública respectivamente; el Antecedente de Suicidio Familiar fue semejante para ambos grupos con 52 respuestas afirmativas; en cuanto al factor Antecedente Personal de Intento Suicida, los estudiantes de 7mo grado de ambas instituciones educativas presentaron mayor incidencia con 4,8%, y un 12,5% del total de alumnos presentó por lo menos un intento de suicidio previo. Según la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y HM Van Praga quedó demostrado que 12,8% de adolescentes presentan más riesgo suicida y la Escala de Desesperanza de Beck reportó que 38,5% de los adolescentes presentan riesgo suicida. Se concluyó que existe un problema de salud pública en las instituciones educativas analizadas, quedando demostrado que los factores psicosociales estudiados tienen relación de causalidad con la conducta suicida. Se recomienda implementar programas preventivos en las Instituciones Educativas, que permitan disminuir eficazmente la muerte de jóvenes adolescentes por suicidio.

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:****CONTRIBUIDORES:**

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU X	JU
Conquista, Norma	CVLAC:	8.365.727			
	E_MAIL	www.nconquistalira3@cantv.net			
	E_MAIL				
Ramos, Félix	CVLAC:	5.076.178			
	E_MAIL	www. psiquiatra@hotmail.com			
	E_MAIL				
Cipriani, Héctor	CVLAC:	4.647.443			
	E_MAIL				
	E_MAIL				
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				

**FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:**

2009	06	09
<b>AÑO</b>	<b>MES</b>	<b>DÍA</b>

**LENGUAJE. SPA**

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:****ARCHIVO (S):**

<b>NOMBRE DE ARCHIVO</b>	<b>TIPO MIME</b>
TESIS- Adolec.doc	.doc

**CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS:** A B C D E  
 F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z . a b c d e f g h i j k l m n o p  
 q r s t u v w x y z . 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 .

**ALCANCE**

**ESPACIAL:** MUNICIPIO CARCNI (OPCIONAL)

**TEMPORAL:** 10 AÑOS (OPCIONAL)

**TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Médico Cirujano.

**NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Pregrado.

**ÁREA DE ESTUDIO:**

Departamento de Salud Mental.

**INSTITUCIÓN:**

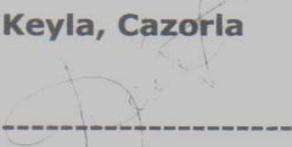
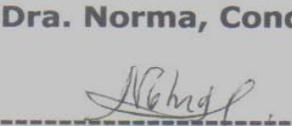
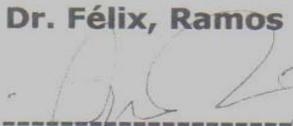
Universidad de Oriente\_ Núcleo Bolívar.



**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

**DERECHOS**

De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajos de grado “Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario.

<b>Keyla, Cazorla</b>		
		
<b>AUTOR</b>	<b>AUTOR</b>	<b>AUTOR</b>
<b>Dra. Norma, Conquista</b>	<b>Dr. Félix, Ramos</b>	<b>Dr. Héctor Cipriani</b>
		
<b>TUTOR</b>	<b>JURADO</b>	<b>JURADO</b>
<b>POR LA SUBCOMISION DE TESIS</b>		
