



**Universidad De Oriente
Núcleo Bolívar
Centro De Salud Mental
Postgrado De Psiquiatría**

**FACTORES PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES
ASOCIADOS CON INTENTO SUICIDA EN
MENORES ENTRE 7 Y 14 AÑOS. CENTRO
DE SALUD MENTAL CIUDAD BOLÍVAR
ESTADO BOLIVAR**

**Asesor:
Dra. Norma Conquista
Dr. Maino Bahamondes**

**Trabajo de Grado presentado por:
Dr. Arturo Reyes
Para optar al título de:
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

Ciudad Bolívar, Diciembre 2009



DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso por haberme permitido culminar con éxito la meta trazada.

A mis hijos Luis Arturo, Lilithay y Álvaro por ser parte de mi ser, fuente de amor y causa principal del esfuerzo que motivó la culminación del trabajo.

A mis padres, Luisa Josefina y Benjamín, por sus esfuerzos, enseñanza y apoyo en la constancia que me permitió culminar el postgrado.

A mi esposa Yuraima por su permanente constancia y apoyo incondicional.

A mi hermana Luisa por todo su apoyo en el momento oportuno y que Dios le brinde toda la salud que tanto deseamos.

Arturo



AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso y a la Virgen María, por ser mi guía espiritual.

A todos los pacientes que formaron parte fundamental para la elaboración de este estudio.

A la Dra. Norma Conquista por su apoyo, asesoría y orientación en el desarrollo de este trabajo.

Al Prof. Maino Bahamondes por su visión práctica de la vida y su valiosa colaboración y asesoría en la metodología del estudio.

A mis hijos Luis Arturo, Lilithay y Álvaro por brindarme el amor, su comprensión, dedicación e impulso para lograr la realización de este trabajo.

A mi esposa Yuraima, compañera y amiga por su colaboración, apoyo incondicional, dedicación y paciencia, en la elaboración de este trabajo.

A mis padres, Luisa Josefina y Benjamín, por sus esfuerzos y oportuno apoyo en la culminación de este trabajo.

A todos los profesores de la Institución por sus conocimientos, apoyo, consejos y dedicación en mi formación como Médico Especialista y en mi crecimiento personal.



A Todo el personal que labora en el Centro de Salud Mental: Servicio Social, Historias Médicas, Pabellones, Coordinación de Postgrado y de Enfermería, por su colaboración y amabilidad.

A mis compañeros del postgrado y a todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron y me apoyaron durante el desarrollo del postgrado.

Dios los bendiga a todos.

Arturo



INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE	v
ÍNDICE DE CUADROS	viii
RESUMEN	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
Objetivos	3
Objetivo General	3
Objetivos Específicos	4
CAPITULO II	7
MARCO TEÓRICO	7
Diferencias de acuerdo a la edad	16
Diferencias entre hombres y mujeres	17
Factores de Riesgo y de Protección	20
Factores de Riesgo para el Intento Suicida	21
Factores que contribuyen al Intento de Suicidio según Just The Facts	28
Factores Genéticos	30
Factores Biológicos	30
Factores Psicosociales y Ambientales	31
Señales de peligro suicida	37
Sistema De Variables	40
Variable Independiente	40
Variable Dependiente	40
Sistema De Hipótesis	43
Hipótesis General	43



CAPÍTULO III.....	44
METODOLOGÍA	44
Diseño De Investigación.....	44
Población Y Muestra.....	45
Criterio De Inclusión	45
Técnicas Y Procedimientos Para La Recolección De Datos	45
CAPÍTULO IV	47
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	47
Cuadro N° 1.-	47
Cuadro N° 2.-	48
Cuadro N° 3.-	49
Cuadro N° 4.-	50
Cuadro N° 5.-	51
Cuadro N° 6.-	52
Cuadro N° 7.-	53
Cuadro N° 8.-	54
Cuadro N° 9.-	55
Cuadro N° 10.-	56
Cuadro N° 11.-	57
Cuadro N° 12.-	58
Cuadro N° 13.-	59
Cuadro N° 14.-	60
ANÁLISIS DE LOS CUADROS	61
Análisis Estadístico.....	65
DISCUSIÓN	67
CAPÍTULO V.....	72
CONCLUSIONES.....	72
RECOMENDACIONES	75
BIBLIOGRAFÍA	76



ANEXOS **79**



ÍNDICE DE CUADROS

NC	DESCRIPCIÓN	PÁG.
1.-	Distribución de pacientes con intento suicida según problemas psicosociales y ambientales. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Septiembre 2007 – Septiembre 2009.....	47
2.-	Distribución de pacientes con problemas referentes al grupo primario de apoyo según edad y sexo. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar. Septiembre 2007- Septiembre 2009.....	48
3.-	Distribución de pacientes con problemas relativos a la enseñanza según edad y sexo. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar. Septiembre 2007- Septiembre 2009.....	49
4.-	Distribución de pacientes de acuerdo al nivel socioeconómico según edad y sexo. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar. Septiembre 2007- Septiembre 2009.....	50
5.-	Distribución de pacientes con problemas referentes al grupo primario de apoyo según motivación y uso o abuso de sustancias (drogas y/o alcohol). Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar. Septiembre 2007- Septiembre 2009.....	51
6.-	Distribución de pacientes con intencionalidad y problemas relativos a la enseñanza según edad. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar. Septiembre 2007- Septiembre 2009.....	52
7.-	Distribución de pacientes con intencionalidad y problemas referentes al grupo primario de apoyo según edad. Centro de salud mental. Ciudad Bolívar. Septiembre 2007- Septiembre 2009.....	53
8.-	Distribución de pacientes con intencionalidad y problemas referentes al grupo primario de apoyo según método utilizado. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar.	



Septiembre 2007- Septiembre 2009.....	54
9.- Distribución de pacientes con intento suicida según sexo y método utilizado. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar. Septiembre 2007- Septiembre 2009.....	55
10.- Distribución de pacientes con intentos previos y problemas referentes al grupo primario de apoyo según edad. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar. Septiembre 2007- Septiembre 2009.....	56
11.- Distribución de paciente con problemas referentes al grupo primario de apoyo e intencionalidad según síntomas psiquiátricos previos. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar. Septiembre 2007- Septiembre 2009.....	57
12.- Distribución de pacientes con Intencionalidad y Síntomas Psiquiátricos previos según edad. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Septiembre 2007 – Septiembre 2009.....	58
13.- Distribución de pacientes con intento suicida según antecedentes familiares. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Septiembre 2007 – Septiembre 2009.....	59
14.- Distribución de pacientes con intento suicida según Escala de Intento Suicida. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Septiembre 2007 – Septiembre 2009.....	60



FACTORES PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES ASOCIADOS CON INTENTO SUICIDA EN MENORES ENTRE 7 Y 14 AÑOS. CENTRO DE SALUD MENTAL CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLIVAR

Autor: Dr. Arturo Reyes

RESUMEN

El propósito de este estudio fue evaluar los factores psicosociales y ambientales asociados a la conducta suicida en menores entre 7 y

14 años con intento suicida. El intento suicida es todo hecho mediante el cual un individuo se causa a sí mismo una lesión, de forma no accidental, cualquiera sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil, no causando la muerte del individuo. La conducta suicida en niños es un fenómeno de interés y un problema de Salud Pública. El intento suicida en menores entre 7 y 14 años es relativamente raro, pero se ha venido observando un incremento en varias regiones del mundo. Los factores psicosociales y ambientales pueden constituir un poderoso factor generador de conductas suicidas, ya que los cambios sociales destructivos y desestabilizadores, pueden ser causantes de desarticular la familia, generar estrés y a la vez limitar el apoyo que se le puede ofrecer al niño. Por lo que se hace necesario reconocer las interacciones entre los agentes productores de tensión o estrés social y desarrollar mecanismos que permitan detectar quienes se encuentran en riesgo suicida. El objetivo de este trabajo es determinar la responsabilidad de los factores psicosociales y ambientales asociados a la conducta suicida en menores entre 7 y 14 años con intento suicida. Se utilizó un diseño de investigación tipo descriptivo, evaluativo, inductivo y de campo de corte transversal. En un universo de 24 pacientes con intento suicida que acudieron al Centro de Salud Mental con edades comprendidas entre 7 y 14 años, procedentes de Ciudad Bolívar, con o sin diagnóstico asociado, durante el lapso de Setiembre 2007 a Setiembre 2009, se procedió a la recolección de datos a través de una encuesta tipo lista de cotejo para los problemas psicosociales y ambientales sobre la base del DSM-IV-TR, una ficha clínica elaborada por el investigador, un test de interrelación familiar y una escala de Intento Suicida de Beck, Schuyler y Herman que mide la severidad del intento suicida. Estos instrumentos fueron llenados por el paciente y/o familiar a través de la Consulta Externa del Centro de Salud Mental y/o visitas domiciliarias. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: los hallazgos demuestran que el total de pacientes con intentos suicidas objetos de estudio, están asociados a problemas psicosociales y ambientales. El mayor número de pacientes con intento suicida pertenece al sexo femenino. Concentrándose el mayor número de casos entre el grupo etáreo de 12 a 14 años. La mayoría de los pacientes presentaron problemas académicos. La separación de los padres representó el tipo de motivación más frecuente. El método utilizado más frecuente fue la ingesta y el más observado en el sexo femenino. Todos los pacientes presentaron síntomas psiquiátricos previos en su mayoría depresivos y de agresividad e impulsividad. Todos presentaron problemas de interrelación familiar. El nivel de severidad moderado presentó un 91,7%. Las correlaciones más frecuentes correspondieron a síntomas depresivos, intentos previos, conflicto familiar, ausencia del padre o la madre por separación, género femenino, dificultad económica y disfunción familiar.

PALABARAS CLAVE: Factores psicosociales y ambientales, intento suicida, salud mental.



INTRODUCCIÓN

La conducta suicida en niños es un fenómeno de interés, tanto para el gremio médico como para la sociedad en general, en especial los clínicos de la salud mental.

El intento suicida es todo hecho mediante el cual un individuo se causa a sí mismo una lesión, de forma no accidental, cualquiera sea el grado de interacción letal y de conocimiento del verdadero móvil, no causando la muerte del individuo.

El intento suicida en niños entre 7 y 14 años es relativamente raro, pero se ha venido observando un incremento a nivel mundial a partir de los años 60 y muy en particular a partir de 2003 en el Estado Bolívar. Este fenómeno puede ser una realidad en cualquier familia y una tragedia bajo cualquier circunstancia.

Son diversos los factores que aumentan, de manera individual, la vulnerabilidad a la aflicción emocional y el sufrimiento, y que de forma acumulada, pueden dar lugar a conductas suicidas reales.

Los factores psicosociales y ambientales pueden constituir un poderoso factor generador de conductas suicidas, ya que los cambios sociales destructivos y desestabilizadores, aunados a una disponible mezcla de frustraciones en el plano personal, pueden ser causantes de desarticular la familia, generan estrés y a la vez limitan el apoyo que aquélla puede dar.



Los menores que intentan el suicidio, habitualmente son llevados a los servicios de emergencias de los hospitales, donde además del tratamiento, de las consecuencias del acto auto-agresivo, son sometidos a la investigación inicial de sus condiciones psicológicas, reciben apoyo emocional y posteriormente son referidos a las consultas de psiquiatría.

Entre los estados psíquicos más frecuentemente advertidos en los niños que intentan suicidarse, se encuentran: la soledad, el estrés producido por el fin de una relación preciada o las decepciones graduales, los sentimientos de desesperanza o de inutilidad, los conflictos familiares y/o los climas familiares de inestabilidad, conflictos escolares, abusos sexuales y sociales, etc. Es por ello que el diagnóstico adecuado de los problemas en el área psicosocial y ambiental debe contribuir de manera positiva a un tratamiento precoz y oportuno que evite la realización del intento suicida en niños.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar, se ha venido observando un fenómeno frecuente de consultas en niños entre 7 y 14 años con intentos suicidas, por lo que se desea investigar el siguiente problema ¿Cuál es la relación que existe entre los factores psicosociales y ambientales con la conducta suicida, en niños entre 7 y 14 años con intento suicida, que acudieron al Centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar en el lapso comprendido entre Septiembre 2007 a Septiembre 2009?

Objetivos

Objetivo General

Determinar la asociación entre factores de riesgo psicosociales y ambientales con la conducta suicida más observada en niños de ambos sexos, entre 7 y 14 años de edad con intento suicida que acudieron al Centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar en el lapso comprendido entre Septiembre de 2007 a Septiembre de 2009.



Objetivos Específicos

1. Determinar problemas psicosociales y ambientales en niños entre 7 y 14 años con intento suicida que acudieron al Centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar.
2. Relacionar los problemas referentes al grupo primario de apoyo según edad y sexo en niños entre 7 y 14 años con intento de suicidio que acudieron al Centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar.
3. Relacionar los problemas relativos a la enseñanza con la edad y sexo en niños entre 7 y 14 años de edad con intento de suicidio que acudieron al Centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar.
4. Relacionar el nivel socioeconómico con la edad y sexo en niños entre 7 y 14 años de edad con intento de suicidio que acudieron al Centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar.
5. Relacionar los problemas referentes al grupo primario de apoyo con el tipo de motivación y el uso o abuso de sustancias (drogas y/o alcohol) en niños entre 7 y 14 años de edad con intento de suicidio que acudieron al Centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar.
6. Relacionar la intencionalidad y los problemas relativos a la enseñanza según la edad en niños entre 7 y 14 años con intento de suicidio que acudieron al Centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar.



7. Relacionar la intencionalidad y los problemas referentes al grupo primario de apoyo con la edad en niños entre 7 y 14 años con intento de suicidio que acudieron al Centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar.
8. Relacionar la intencionalidad y los problemas referentes al grupo primario de apoyo con el método usado en niños entre 7 y 14 años de edad con intento de suicidio que acudieron al Centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar.
9. Establecer la relación entre sexo y método utilizado en niños entre 7 y 14 años de edad con intento suicida que acudieron al Centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar.
10. Relacionar los intentos previos y los problemas referentes al grupo primario de apoyo con la edad en niños entre 7 y 14 de años con intento de suicidio que acudieron al Centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar.
11. Relacionar los problemas referentes al grupo primario de apoyo e intencionalidad con síntomas psiquiátricos previos en niños entre 7 y 14 años de edad con intento de suicidio que acudieron al Centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar.
12. Relacionar la intencionalidad y los síntomas psiquiátricos previos según la edad en niños entre 7 y 14 años con intento de suicidio que acudieron al Centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar.



13. Determinar la distribución según interrelación familiar en niños entre 7 y 14 años de edad con intento de suicidio que acudieron al Centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar.

14. Determinar la distribución según Escala de Intento Suicida en niños entre 7 y 14 años de edad con intento de suicidio que acudieron al Centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar.

Propósito

Conocer si los factores psicosociales y ambientales conducen a los niños entre 7 y 14 años a intento suicida, con la finalidad de establecer los mecanismos que permitan determinar quienes se encuentran en riesgo suicida, para de esta manera hacer intervenciones terapéuticas preventivas más efectivas en el área académica, social y en el grupo primario de apoyo, mejorando así su calidad de vida.



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

El intento suicida y el suicidio son un fenómeno muy complejo de origen multicausal, que ha estado presente en todas las épocas y culturas, pero su concepción patológica apareció en la primera mitad del siglo XIX con los psiquiatras franceses (Kaplan H.; 1996).

Las teorías sociales, psicológicas y psiquiátricas, mencionan un acto extremo de individuo cuya meta es la muerte a través de un acto lesivo, si el sujeto sobrevive se considera como un intento suicida. Se debe estudiar tomando en cuenta la idiosincrasia de los grupos sociales y los diferentes factores que influyen, tales como: sentimiento de derrota, baja tolerancia a la frustración, sentimiento de desesperanza, violencia doméstica, trastornos del afecto, problemas entre los padres, entre otros. (Kaplan H.; 1996).

El acto de quitarse la vida propia y lograrlo es el suicidio. La preocupación de matarse, los intentos y en general la conducta directamente propia destructiva forman parte del mismo fenómeno y debe reconocerse como el fenómeno más letal en psiquiatría (Vigoya J.; 1996).

El suicidio se ha estudiado desde muchos puntos de vista: filosófico, religioso, legal, epidemiológico, genético, psiquiátrico y psicológico, sólo por mencionar los enfoques más importantes.



Cuando se pregunta en torno al intento de suicidio en niños y adolescentes las respuestas faltan y se debe tolerar la impotencia e ignorancia ante ello. Se está ante una trama importante de la cual hay que tener apenas ciertas aproximaciones explicativas, en una etapa de la vida fundamental para crear los cimientos de una adecuada calidad de vida (Gerardo Campos; 2002).

Hay que entender a la adolescencia como "... una etapa evolutiva específica del crecimiento y desarrollo humano, de la cual es necesario descartar los conflictos más comunes y variaciones, en formas de períodos de crisis bio-psico-sociales, que son preparativos para la vida adulta" (Kaplan H.; 1996).

Para hablar de suicidio en el niño hay que considerar las particularidades de la noción de muerte. Rara vez han estado confrontados a ella (o porque no han sufrido muertes cercanas o porque el tema es tabú). Por otra parte, la omnipotencia infantil los hace "invulnerables" y el concepto de irreversibilidad aún no se ha adquirido. En la infancia temprana prevalecen los tipos de angustia ligados a la muerte. Este hecho y la dificultad para pensar y reconocer las conductas suicidas a edad temprana contribuyen a su subdiagnóstico. Las conductas peligrosas, la propensión a accidentes y el desinterés en su apariencia y objetos personales deben llamar la atención (Gomes-Restrepo C.; 2002).

El fenómeno suicida considera los pensamientos y/o actos que realizados en su totalidad conducen a seria injuria o muerte; es un espectro de riesgo y propensión implícita en el nivel de riesgo, desde pensamientos a planes específicos, gestos o actos auto-lesivos menores a intentos con variable rango de letalidad potencial y el suicidio



consumado. El intento de suicidio son las acciones que hubiesen resultado en serie lesión o muerte de no mediar intervención oportuna (Vigoya J.; 1996).

El comportamiento suicida abarca los gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado. Los planes de suicidio y las acciones que tienen pocas posibilidades de llevar a la muerte son llamados gestos suicidas. Las acciones suicidas con intención de muerte pero que no logran su propósito se llaman intentos de suicidio. Según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio constituye un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi 1.000.000 de víctimas al año, además de unos costos económicos valuados en miles de millones de dólares. La OMS define el intento de suicidio como “un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica” (Heliane Bastos; 2006)

El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios. Las enfermedades orgánicas y el dolor discapacitante también pueden incrementar el riesgo de suicidio.



El suicidio es a menudo el acto final de una serie de comportamientos autodestructivos. El comportamiento autodestructivo es especialmente frecuente entre las personas con experiencias traumáticas en su niñez, especialmente las que padecieron abusos o negligencia o el sufrimiento de un hogar monoparental, quizás porque éstas son más propensas a tener mayores dificultades en establecer relaciones profundas y seguras. Los intentos de suicidio son más probables entre mujeres maltratadas, muchas de las cuales también sufrieron abusos de niñas (Heliane Bastos; 2006).

La situación actual de los niños y de los adolescentes y las condiciones que inciden negativamente sobre su calidad de vida, se hacen evidentes cuando se analizan las estadísticas sobre dos eventos, suicidio e intento de suicidio, que representan situaciones límites y que hacen referencia al fracaso social como proceso individual de vida (Morales B. A; 2000).

El suicidio es frecuente, pero aun más el intento suicida. Cada año ocurre un millón de suicidios en el mundo, afectando en promedio de 6 ó 7 sobrevivientes por suicidio. En 1998, el suicidio fue la octava causa de muerte en toda las edades en los Estados Unidos y la tercera causa de muerte entre hombres y novena en mujeres jóvenes y adultos de los Estados Unidos de América y Europa (15-24 años). En Colombia, en el período 1973-1996 se encontró que la mayor proporción de muertes causadas por suicidios se presenta dentro del grupo de 15-24 años para las mujeres, y en mayores de 60 años para los hombres, con una tasa de suicidio de 2-4/100.000 para hombres y de 1-3/100.000 para mujeres.



La correlación más importante para suicidio en jóvenes es el antecedente de un intento de suicidio previo; adicionalmente se ha asociado con depresión, uso de sustancias, pérdida de un familiar o un amigo, por generador de violencia, familias monoparentales sobre todo con ausencia del padre, rasgos de personalidad narcisista o antisocial, pobreza, problemas de interrelación, abuso físico o sexual, limitadas capacidades adaptativas, trastornos de alimentación, eventos vitales estresantes como la pérdida de una persona significativa o una mascota, problemas con la autoridad legal o escolar, cambio de domicilio, percepción por el joven de carencia familiar o en general conflictos intrafamiliares, alteraciones neuropsicológicas como déficit en funciones ejecutivas, fluidez verbal, razonamiento lógico mediado por el lenguaje, etc. Como factores protectores se mencionan el sentirse bien emocionalmente y contar con una estrecha y comprometida relación como padres y familiares (Vigoya J.; 1996).

Dentro de lo factores psicológicos causales se enfatiza, desde la psicodinámica, la presencia de conflictos, pérdidas y cambios en las relaciones, donde el suicidio es visto como un acto depresivo a psicótico, asociado algunas veces con fantasías de escape, recompensa, reunión o resurrección. 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 expresiones y factores psicológicos 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. Específicamente se observa mayor ocurrencia de suicidios en los extremos del aspecto socioeconómico o cambios abruptos del status socioeconómico; o incluso el llamado efecto Werther, donde el comportamiento suicida difundido por medios masivos de comunicación es imitado por los jóvenes (Shaffer, David. 1999)

Desde hace cuatro siglos se reconoce una asociación entre el comportamiento suicida y la melancolía y otros trastornos mentales severos; en efecto se acepta que alrededor de 90% de los suicidas están relacionados con un diagnóstico psiquiátrico o abuso de sustancias o con la presencia de ambos, donde cerca de 60% está asociado con un trastorno afectivo (Gerardo Campos; 2002).

Adicionalmente en la información obtenida en el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” (HUV) durante el año 2000, donde 10% de los menores de 14 años atendidos tenían como causa de consulta algún tipo de intoxicación y 31 de las 1200 llamadas telefónicas recibidas por el servicio de “Línea Tóxica”, correspondían a un intento de suicidio en este grupo de edad y la justificación más importante, la carencia de información a nivel local de las características bio-psico-sociales de los menores de 14 años que intentan suicidarse (Gerardo Campos; 2002).

La información epidemiológica sobre el intento suicida es poco confiable por el subregistro, mal registro de causa de muerte, deficiente comunicación, etc., pero los estudios internacionales describen prevalencia en la población general entre 0.04% 4.6% durante el ciclo vital y 0.8%/año para todas las edades; la relación entre intento suicida y



suicidio fluctúa entre 6:1 a 25:1 con un promedio de 18:1 en el mundo, el intento de suicidio por adolescentes es cerca de 100 veces más frecuente que el suicidio consumado. Del total de las personas que intentan suicidarse terminan en suicidio posteriormente entre 10% y 15% (Gerardo Campos; 2002).

En las últimas décadas se ha observado la creciente incidencia del intento de suicidio entre niños, adolescentes y jóvenes adultos sin una explicación clara para este fenómeno. En 1980 el suicidio fue la séptima causa de muertes para niños entre 5 y 14 años de edad en los Estados Unidos, convirtiéndose en la quinta causa para 1993 (Vigoya J.; 1996).

El 85 % de los adolescentes que consuman el suicidio han expresado sus ideas suicidas a otras personas con anterioridad. El suicidio es una causa importante de mortalidad en Estados Unidos y ocupa el tercer puesto entre las causas de muertes en los adolescentes. La tasa global de suicidio ha aumentado considerablemente durante la segunda mitad del siglo XX y casi se ha triplicado desde 1950 (Blumenthal S. J; 1990).

Aunque el suicidio consumado es relativamente raro antes de los 14 años de edad, incluso la tasa de suicidio en los niños pequeños se ha doblado desde 1960 (Blumenthal S. J; 1990).

Se ha observado un incremento en los actos suicidas de niños y adolescentes. Es importante determinar las características epidemiológicas de la conducta suicida y los tipos más frecuentes de psicopatología en esa población.



Existen evidencias de que en las últimas décadas, tanto en México como en otros países los actos suicidas en niños y adolescentes se han incrementado considerablemente; si bien su prevalencia todavía no es elevada. Según una encuesta realizada en el Distrito Federal en México, 36,9% de la población encuestada, en edades entre 13 y 19 años, reportó pensamientos sobre la muerte y 17,3% reveló que pensó en matarse. Un estudio realizado en Tamaulipas mostró que 11,57% de jóvenes reportó pensamientos suicidas, en contraste con 23,43% de los jóvenes de Texas. Otro estudio en población semejante realizado en el Distrito Federal mostró una frecuencia considerablemente alta de intento de suicidio. En secundaria, 16% de los varones lo habían intentado una vez, mientras que de 12% de mujeres con intentos previos, 4% ya lo habían intentado una o dos veces. En bachillerato, de 16% de hombres con intentos de suicidio previos, 4% ya lo habían intentado dos o más veces; mientras que 8% de las mujeres lo habían intentado una sola vez. En México la tasa de suicidio en la población de 15 a 19 años pasó de 1,49 a 2,83; entre 1970 y 1990 se observó un aumento de 90%. En 1990 el suicidio fue la cuarta causa de muerte para el grupo de 15 a 24 años (n=586), sólo superada por los homicidios, accidentes en vehículos automotores y por ahogamiento (Quetzalcoatl H. C.;2002).

En los Estados Unidos de Norteamérica el suicidio es la segunda causa de muerte entre los 15 y 24 años de edad. La conducta suicida no letal es aun más prevalente, pues aproximadamente 9% de los estudiantes de educación media superior afirma haber intentado matarse en alguna ocasión. La mayoría de los intentos de suicidios son de baja letalidad y no requieren de atención médica. Un número significativo de quienes lo intentan llegan a consumarlo, pero aún aquellos que no lo consiguen muy posiblemente sufren de psicopatía y requieren tratamiento especializado.



En casos menores con conductas suicidas hay habitualmente disfunciones individuales y familiares inespecíficas y de grado variable. El abuso de drogas, el intento previo de suicidio, la depresión, la conducta antisocial y los trastornos de personalidad son factores de riesgo suicida, así como incidentes recientes de rechazo, humillación y otras crisis que frecuentemente actúan como factores desencadenantes de suicidio entre los jóvenes. Encontraron que 95% de los adolescentes que consuman el suicidio sufren de un trastorno psiquiátrico, las más de las veces una depresión mayor. La depresión también se ha identificado en muchos menores que intentan el suicidio sin llegar a consumarlo. Otros estudios han mostrado que un porcentaje significativo de adolescentes suicidas no estaban deprimidos sino manifestaban trastornos de conductas o conductas antisociales donde el factor fundamental es la impulsividad agresiva. Cabe mencionar que la conducta suicida en la adolescencia también puede presentarse sin psicopatología aparente en una minoría de casos (Doménech I., Polaino L. 1990).

La prevalencia de suicidio depende de la edad, aumentando significativamente después de la pubertad. Mientras en los menores de 14 años solo uno de cada 1.000.000 se suicida, entre los 15 y 19 años esta proporción aumenta a 10 de cada 1.000.000. Los intentos de suicidio en edades inferiores a los 14 años son 50 veces más comunes que los suicidios consumados, mientras que entre los 15 y 19 años sólo son 15 veces más comunes las tentativas, que los suicidios consumados. La tasa de suicidio entre los adolescentes americanos se sitúa en un 13,6% por 1.000.000 en varones y 3,6% por 1.000.000 en las mujeres. Más de 5.000 adolescentes se suicidan cada año en los Estados Unidos, es decir uno cada 90 minutos. El incremento de la tasa de suicidio se supone que



refleja los cambios en el ámbito social, en las actitudes hacia el suicidio y el incremento de medios para suicidarse (Kaplan; 1996)

Diferentes estudios epidemiológicos en relación al intento suicida y suicidio, en niños y adolescentes llevados a cabo en regiones con altas tasas de muerte por suicidio, como por ejemplo Europa, Australia y Estados Unidos, se presentan a continuación (Nucette Ríos; 1995):

Diferencias de acuerdo a la edad

El suicidio es poco común en la infancia y pubertad. Dentro del grupo de menores de 14 años de edad, la mayoría de los suicidios ocurrió entre los 12 y 14. La incidencia del suicidio se incrementa considerablemente en los años de la adolescencia, en particular los últimos, y se continúa hasta los primeros años de la segunda década hasta alcanzar un nivel que se mantiene a través de la adultez hasta la sexta década de vida, donde las tasas se incrementan particularmente entre los hombres. En el año 2000 la tasa de mortalidad por suicidio entre el grupo de menores de 14 años, era de 1,5 por cada 100,000. Aunque este grupo representa el 7,5% de la población norteamericana, los 300 niños que cometieron suicidio representan tan sólo el 1% de todas las muertes por suicidio. La tasa de suicidio para el grupo de edad siguiente, de 15 a 19, fue de 8,2, cinco veces mayor que el grupo anterior (Nucette Ríos; 1995).

Lo inusual de la muerte por suicidio antes de la pubertad se ha reportado de manera global (Organización Mundial de la Salud, 2002). Sugirieron que el motivo más probable subyacente a la edad en que ocurría el suicidio era que tanto la depresión como la exposición a drogas y alcohol, dos factores de riesgo significativos para el suicidio, son raros



en los niños pequeños y se hacen prevalentes posteriormente en la adolescencia. Así como en el caso de los suicidios consumados, los intentos de suicidio son relativamente raros entre los pre-púberes y aumentan en frecuencia a lo largo de los años adolescentes. Sin embargo, a diferencia de los suicidios consumados, los picos del intento de suicidio se presentan entre los 16 y los 18 años, donde posteriormente se observa un marcado descenso en la frecuencia, particularmente para las mujeres jóvenes (Nucette Ríos; 1995).

Estudios en Nueva Zelanda sugieren que para los 16 años, el 15% de la gente joven ha reportado tener una historia de ideación suicida a lo largo de su vida; a los 18 años tal incidencia se había incrementado a un 22,7% y a los 21 años había alcanzado el 29% (Nucette Ríos; 1995).

Diferencias entre hombres y mujeres.

Aunque la ideación e intento suicidio son más comunes entre las mujeres entre la población norteamericana, el suicidio consumado es mucho más común entre los hombres. Los varones de 15 a 19 años cometen suicidio cinco veces más que las mujeres del mismo grupo de edad. El mismo patrón de diferencia por sexo, sin embargo, no se presenta en otros países (Organización Mundial de la Salud, 2002). Mientras que el suicidio consumado es más común en varones que en mujeres para el grupo de 15 a 24 años en Estados Unidos, Europa Occidental, Australia y Nueva Zelanda, las tasas por sexo son iguales en algunos países de Asia, mientras que en China la mayoría de los suicidios los cometen las mujeres (OMS; 2002).



La encuesta de Comportamiento de Riesgo en Adolescentes de Goldman S. (1998) señala que las mujeres tenían más probabilidades de considerar seriamente el quitarse la vida (23,6%), de elaborar un plan específico (17,7%), e intentar suicidarse (11,2%) que los hombres (14,2%, 11,8%, 6,2%, respectivamente); sin embargo, no se encontraron diferencias significativas de acuerdo al sexo en la prevalencia de intentos graves de suicidio (3,1% en mujeres, 2,1% en hombres) (Nucette Ríos; 1995).

Se consideran que tanto los factores psicopatológicos como las preferencias del método relacionadas al sexo contribuyen al patrón de diferencias por género (Shaffer D.; 1999). El suicidio consumado se asocia frecuentemente con un comportamiento agresivo y con abuso de sustancias, y ambos son más comunes entre los varones. Los métodos preferidos por las mujeres, tales como las sobredosis, tienden a ser menos letales en los Estados Unidos y dan cuenta del 30% de todos los suicidios mientras que sólo se presenta en un 6,7% entre los hombres (CDC, 2002). No obstante, en sociedades donde los recursos para el tratamiento no se encuentran fácilmente disponibles o donde la sustancia ingerida no es tratable, las sobredosis sí tienden a tener una letalidad mayor. Mientras que en los Estados Unidos sólo el 11% de los suicidios consumados en 1999 resultó de una sobredosis, en algunos países del sureste asiático y pacífico, la mayoría de los suicidios se debió a la ingesta de herbicidas, tales como el “Paraquat”, para el que no hay tratamiento efectivo (Shaffer D.; 1999).

El intento suicida es más frecuente en el sexo femenino, la razón mujeres/hombres usualmente está entre 1,5 y 2,5 /1. En las mujeres es más frecuente entre 15 y 19 años y en los hombres entre 25 y 29 años, en



los grupos de más edad la frecuencia declina y es sumamente raro después de los 60 años, tal como lo anotan Hawton y Catalán (1982) citado por Nucette Ríos. Estos autores citan que en la región de Oxford entre 1974 - 1979, la tasa de auto-envenenamientos deliberados entre 12 y 15 años aumentó en un 35%, pero por debajo de los 12 años. La preponderancia del sexo femenino es más marcada en los adolescentes y el 18% de los adolescentes entre 15 y 16 años admitidos en hospitales generales por tales motivos fueron mujeres (Nucette Ríos; 1995).

En Venezuela se encontró que la frecuencia de intento de suicidios fue mayor en el sexo femenino, 74,4% y una razón de 3/1, y en menores de 25 años (67,4%). La tasa de suicidio en jóvenes de 15 a 24 años para el año 1989, es de 6,9%, con predominio de sexo masculino en un 7,8%, según la División de Salud Mental de la OMS (Desjarlais, Robert; 1995).

Etnicidad

El suicidio adolescente es más común en blancos que en afroamericanos en los Estados Unidos, aunque las tasas son más altas entre los nativos y más bajas entre los asiáticos o isleños del Pacífico. La población latina no sobresale en las tasas de suicidio consumado en los Estados Unidos. La tasa de suicidio históricamente más alta entre la población nativa no se ha entendido completamente, pero algunos factores de riesgo propuestos incluyen la baja integración social, el acceso a armas de fuego, alcohol y abuso de sustancias. La tasa históricamente baja entre los afroamericanos ha sido atribuida a una mayor religiosidad y a diferencias en una agresión más exteriorizada que interiorizada; sin embargo, las diferencias en las tasas de suicidios entre blancos y afroamericanos, han decaído durante los últimos 15 años por un



marcado incremento en las tasas de suicidio en varones afroamericanos entre 1986 y 1994 (Shaffer D.; 1999).

La encuesta YBRS, encontró que los estudiantes afroamericanos tenían significativamente menos probabilidad (13,3%) que los blancos o latinos (19,7% y 19,4%, respectivamente) de considerar el suicidio o de tener un plan suicida (afroamericanos: 10,3%; blancos: 15,3%, latinos: 14,1%). Los estudiantes latinos (12,1%) tenían significativamente más probabilidad de haber intentado suicidarse que los afroamericanos o blancos (8,8% y 7,9%, respectivamente); sin embargo, no hubo preponderancia sobre los intentos suicidas que requirieron atención médica entre los latinos (3,4%) comparados con los blancos (2,3%) o afroamericanos (3,4%). Aunque algunos estudios han encontrado tasas más altas de ideación e intento suicida entre los adolescentes latinos, no encontraron una prevalencia mayor de ideación o intento entre esta población (Shaffer D.; 1999).

Factores de Riesgo y de Protección

En el proceso de evaluación para la obtención de información para establecer el riesgo de autolesión, se requiere que el médico esté familiarizado con los factores de riesgo y de protección relevantes para la conducta suicida en los niños y adolescentes. La mayoría de los individuos suicidas presentan diversos factores que aumentan individualmente su vulnerabilidad a la aflicción emocional y el sufrimiento, y que de forma acumulada pueden dar lugar a conductas suicidas reales. Generalmente, cuanto mayor es el número de factores de riesgos y menor es el de protección, más alto es el riesgo de una conducta suicida.



En los apartados siguientes se analizan las diferentes clases de factores de riesgos y de protección: a) factores psicológicos y del estado de ánimo; b) tensiones y apoyos ambientales, y c) capacidades de adaptación y de afrontamiento de situaciones. Los factores psicopatológicos o del estado de ánimo están relacionados con características psicológicas, conductuales, genéticas o biológicas específicas del individuo que aumentan la probabilidad de conductas suicidas. Las tensiones ambientales afectan al individuo y causan angustia. Los apoyos ambientales son en gran parte los recursos interpersonales de que dispone el individuo para que actúen como amortiguadores frente a la adversidad. Las capacidades de adaptación o de afrontamiento de las situaciones son las estrategias psicológicas y conductuales de que dispone el individuo para hacer frente al estrés de manera eficaz (Blumenthal S.J.; 1990).

Factores de Riesgo para el Intento Suicida

- Diagnóstico psiquiátrico de alto riesgo.
 - Alteraciones significativas en la exploración psicopatológica
 - Factores genéticos o de antecedentes
 - Factores de estrés familiar
 - Factores de estrés en el grupo de compañeros
 - Entorno social
 - Deficiencias de capacidad de comunicación
 - Deficiencias en la planificación y resolución de problemas.
- (Blumenthal S. J.; 1990).



La autoagresión violenta puede ocurrir durante un cambio de humor hacia una depresión profunda pero transitoria. Los cambios de humor pueden estar causados por fármacos o por enfermedades graves.

La depresión es una enfermedad común que afecta a una de cada cinco personas en algún momento de sus vidas. La estimación de la prevalencia de los Estados Unidos en los adolescentes, da un promedio de un 2,6% en los varones y de un 10,2% en las mujeres (Heliane Bastos; 2006).

Algunos autores señalan que la depresión en la adolescencia ocurre en varios contextos del desarrollo social y biológico, se manifiesta por los síntomas tradicionales, tales como: fatiga, pérdida de interés por las actividades cotidianas, cambio de peso, trastornos del sueño, tristeza, dificultades de concentración, letargo o agitación, sentimientos de inutilidad y pensamientos de muerte (Heliane Bastos; 2006).

Los jóvenes pueden combinar estos síntomas con otras conductas como deterioro académico, consumo de sustancias ilícitas, trastornos de conducta, trastornos del apetito y otras conductas de riesgo (Heliane Bastos; 2006).

El alcohol incrementa el riesgo de conducta suicida porque agrava los sentimientos depresivos y disminuye el autocontrol. Alrededor de la mitad de los que intentan el suicidio están intoxicados en el momento de hacerlo. Puesto que el alcoholismo por sí mismo, particularmente si hay ingestión exagerada de forma aguda, causa a menudo sentimientos profundos de remordimiento en los periodos entre una ingestión y otra,



los alcohólicos son particularmente propensos al suicidio incluso cuando están sobrios (Heliane Bastos; 2006).

Bushong (1992) ha encontrado que la depresión es muy común en la etapa adolescente, además que la exposición al estrés, al lado de los aspectos biológicos del desarrollo y el uso de las estrategias inapropiadas de ajuste, determinan las diferencias significativas de depresión y otras formas de psicopatología en la adolescencia (Heliane Bastos; 2006).

En una revisión epidemiológica de Fleming y otros (1990) mostraron que la depresión es relativamente rara en pre-púberes, y que aumenta su frecuencia en la adolescencia, asociada significativamente a disfunción familiar y a baja autoestima (Heliane Bastos; 2006).

A su vez Marton (1993) indica que los adolescentes que sufrían de depresión compartían numerosos factores de riesgo: historia familiar de trastornos efectivos, roles parentales inadecuados, problemas familiares y vínculos efectivos débiles (Heliane Bastos; 2006).

Sin embargo se presentan muchos casos donde se hace particularmente difícil diagnosticar la depresión, apareciendo equivalentes conductuales de la misma. Algunos de estos equivalentes conductuales (Rodríguez, 1999) serían: fracaso académico, hiperactividad, robo (en especial cuando se le roba a adultos relevantes en la vida del menor), mentiras, fugas del hogar o de la institución educativa, conducta impulsivo, auto-agresiones y consumo de drogas. También se han descrito equivalentes somáticos en los niños y adolescentes depresivos destacándose los trastornos digestivos, cefaleas, vértigos, acné, retraso motor, obesidad y alopecia (Heliane Bastos; 2006).



Aunque todos los síntomas que pueden presentarse en la depresión de los jóvenes, son significativos, el más alarmante y que demanda acciones inmediatas, es la ideación suicida, por su impacto, tanto individual como familiar (Heliane Bastos; 2006).

Beck y Steer (1985) en un estudio longitudinal encontraron que era muy importante el grado de desesperanza como un indicador de riesgo suicida en los pacientes depresivos, identificándolo como la antesala del intento suicida o el suicidio (Heliane Bastos; 2006).

Por su parte Kovacs et al (1993) correlacionaron los síntomas depresivos con ideación e intentos suicidas, encontrando que la depresión mayor y los trastornos distímicos estaban significativamente asociados con altos índices de conducta suicida. Adicionalmente en presencia de trastornos efectivos, consumo de drogas y trastornos de conducta aumenta el riesgo de intento suicida en forma significativa (Heliane Bastos; 2006).

Una persona que está experimentando un cambio de su humor hacia la depresión es con frecuencia, consciente sólo de modo parcial, y probablemente después, recuerde sólo vagamente su intento de suicidio. Los que padecen epilepsia, especialmente aquellos con epilepsia del lóbulo temporal, con frecuencia experimentan episodios depresivos breves pero intensos lo que, unido a la disponibilidad de fármacos para tratar su enfermedad, incrementa el factor de riesgo para la conducta suicida (Heliane Bastos; 2006).

Además de la depresión, existen otros trastornos mentales que aumentan el riesgo de suicidio. Los esquizofrénicos, por ejemplo,



frecuentemente sufren de depresión y son más propensos a intentar el suicidio que aquellos que no tienen dicho trastorno. Los métodos de suicidio que eligen los esquizofrénicos pueden ser insólitos y con frecuencia violentos. En la esquizofrenia los intentos de suicidio acaban generalmente en la muerte. El suicidio puede ocurrir en las primeras fases de la enfermedad y puede ser la primera indicación clara de que la persona padecía esquizofrenia (Heliane Bastos; 2006).

Cuando la idea de culpa es agobiante, la expiación necesaria se traduce en suicidio. Poldinger, luego de una profunda observación del suicida, dice que el 80% de los individuos que culminaron en suicidio, ya lo habían anunciado, que el 50% de los suicidas había consultado al médico el mes anterior y que el 25% había hecho la consulta una semana antes. (Heliane Bastos; 2006).

Freedman-Kaplan-Sadock mencionan la diferencia de su ocurrencia en las depresiones reactivas moderadas, de nivel neurótico y las más profundas de categoría psicótica. En estas últimas, evidentemente el riesgo es mucho mayor.

En aquellos cuadros depresivos asociados a una manifiesta histeria, en pleno período de estado, hay anuncios e intentos suicidas. Pero, hay casi siempre “anuncios más o menos melodramáticos”. El hecho suele producirse, efectivamente, ante un auditorio. Por lo general, el recurso no es idóneo para lograr la muerte. El enfermo no se arroja al vacío, ni se dispara un tiro, ni piensa en tirarse a las vías. Elige el corte en el antebrazo, toma fármacos comunes, etcétera. El objeto es llamar la atención, con alto contenido histriónico, y consecutivo a situaciones



conflictivas explosivas. Es un intento “utilitario” en el sentido de conseguir algún objetivo en el entorno ((Heliane Bastos; 2006).

En cambio los intentos suicidas del deprimido severo, suelen planearse, generalmente en cierto secreto y el cuidado que pone en su ejecución hace que casi siempre culmine en muerte. En su comienzo, el sujeto suele manifestar a quienes le rodean que “es mejor terminar con todo, así no se puede vivir, esto no tiene arreglo, es mejor desaparecer”. Es decir explicita su idea autodestructiva. Pero hasta aquí hay ambivalencia: se piensa en el suicidio, pero se resiste a la idea.

Sin embargo, el riesgo aumenta, cuando el individuo parece tranquilizarse, cesa la ambivalencia, desaparece la disyuntiva y la lucha interior; generalmente la resolución ha sido tomada y ahora se elabora la ejecución del acto.

La resolución suicida es, esencialmente un elemento de la esfera afectiva. Por lo tanto, el nivel cultural del sujeto, las apelaciones a su alta capacidad de razonamiento, no tienen sentido. Tampoco debe confiarse, en absoluto, en que la psicoterapia, en esa situación, pueda brindar resultados y en todo caso, implica un riesgo tan alto que no puede ser asumido. La idea suicida no es un razonamiento, sino un sentimiento (Heliane Bastos; 2006).

Es indudable que en los últimos años se ha detectado, en mayor número, la presencia de estados depresivos en los niños y los adolescentes y secundariamente se ha reflejado en las conductas suicidas en estos grupos de edad. En México, algunos estudios revelan un incremento importante de suicidios en las dos últimas décadas, siendo la



cuarta causa de muerte para el grupo de 15 a 24 años (en Estados Unidos de América es la segunda causa de muerte). En países con alto grado de desarrollo como Japón se ha incrementado su tasa en estas edades por el nivel de competencia para ocupar un lugar en las escuelas de estudios superiores (Heliane Bastos; 2006).

El intento suicida en niños y adolescentes es asociado con depresión, variabilidad de humor e impulsividad. Hay también muchos datos que apoyan que el abuso sexual da una oportunidad significativamente mayor a un adolescente a intentar suicidio (Zaph, Rick II; 1998).

Los adolescentes que generalmente intentan suicidarse se sienten solos, desesperados y rechazados. Ellos son más vulnerables de tener estos sentimientos si han sido abusados, humillados recientemente por la familia o amigos, si han tenido padres con problemas de alcohol o drogas, o si ha tenido una vida familiar afectada por discordia paternal, rupturas, separación o divorcio (Walter, Joyce; 1997).

Según Erwin Stengel (1964), el estudioso más importante de los intentos de suicidio, citado por Kaplan y Sadock, 1982, sugiere que los que llevan a cabo un intento de suicidio y los que realmente se suicidan, representan a poblaciones esencialmente diferentes, aunque admite cierta superposición de la primera sobre la segunda. Resulta entonces útil considerar la existencia de dos tipos de poblaciones.

1. Los que intentan el suicidio pero son pocos los que llegan a suicidarse.



2. Los que suicidan, muchos de los cuales lo habían intentado previamente.

Esto tiene mucho que ver con la letalidad del evento, la cual es más o menos sinónima de la mortalidad del acto y es una dimensión muy importante para entender a cualquier persona potencialmente suicida (Kaplan, 1996).

Weisman (1972), citado por Kaplan Sadock, 1982, ha distinguido tres aspectos de la letalidad:

- La letalidad de la intención (ideación o implicación)
- La letalidad de la realización (riesgo y rescate)
- La letalidad de la mediación (recursos, alivio y reorientación).

Factores que contribuyen al Intento de Suicidio según Just The Facts

- Pobre rendimiento escolar, especialmente cuando las expectativas fijadas por el joven o por su familia son altas.
- Abuso físico, sexual o emocional: siendo el suicidio una conducta de escape del dolor y el abuso.
- Por vergüenza, deshora y delincuencia: la muerte puede verse más fácil que soportar el ridículo o el rechazo.
- Por el deseo de manipular o castigar: un adolescente usa la amenaza de suicidio o el intento de suicidio para manipular a alguna persona o como castigo por haber sido herido o despreciado en alguna forma.



- Visión de túnel: los jóvenes son incapaces de ver algo más que la soledad y el dolor que en un determinado momento pueden estar sintiendo.
- Exposición a la violencia: los jóvenes están continuamente expuestos a eso y pueden hacer uso de la violencia para resolver sus problemas.

Los métodos más utilizados por orden de frecuencia son:

1. Utilización de armas de fuego: 2/3 de los casos son varones y 50% en mujeres.
2. Ahorcamiento en varones 25% y la ingestión de sustancias tóxicas en mujeres en un 25%.
3. Envenenamiento por monóxido de carbono en un 10% tanto en hombres como en mujeres.
4. Ahorcamiento en mujeres: en un 10% de los casos (Kaplan, 1996).

Los métodos suicidas empleados comúnmente incluyen ahorcamiento, sofocación y sumergimiento instrumentos cortantes y punzantes, salto de alturas, uso de armas de fuego, envenenamiento mediante sustancias sólidas o líquidas, con variaciones locales reflejando características culturales, disponibilidad, edad, sexo, significado ritual, imitación, etc.

En Estados Unidos las mujeres prefieren la sobredosis de medicamentos y laceración de muñecas; entre tanto los hombres tienden a escoger métodos más violentos y en general de mayor grado de letalidad,



como heridas con armas de fuego, ahorcamiento y salto de altura (Kaplan, 1996).

Entre los factores que pueden contribuir a la aparición del intento de suicidio en niños y adolescentes se han estudiado los siguientes:

Factores Genéticos

La evidencia de que existe una contribución genética en la conducta suicida se basa en estudios sobre el riesgo de suicidio familiar y la alta concordancia de suicidios entre gemelos monocigóticos comparados con los dicigóticos (Kaplan, 1996).

Factores Biológicos

Los hallazgos neuroquímicos muestran que hay algún solapamiento entre las personas con conductas impulsivas y agresivas y las que cometen el suicidio. Se han encontrado bajos niveles post-Morten de serotonina (5-HT) en el cerebro de las personas que se suicidan. También se han encontrado bajos niveles de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo de las personas deprimidas que intentaron suicidarse a través de métodos violentos. El alcohol y otras sustancias psicoactivas pueden disminuir el 5-HIAA, quizás incrementando la vulnerabilidad a la conducta suicida en personas predispuestas a ellas, pero se desconocen los mecanismos que vinculan la disminución de la función serotoninérgica y la conducta agresiva y suicida por lo que los bajos niveles de serotonina pueden resultar ser un marcador, más que una causa de la propensión a la agresividad o el suicidio (Kaplan; 1996).



Factores Psicosociales y Ambientales

Según Kaplan (1996), algunos estudios han encontrado un aumento de suicidio entre los adolescentes después de la aparición de programas de televisión; cuyo tema principal era el suicidio de un adolescente, sin embargo, en general suele ser necesario un sustrato psicopatológico para que se de la conducta. Durante un estudio se observó dos grupos de adolescentes suicidas en Texas. Los investigadores encontraron que la exposición indirecta mediante los medios de comunicación no estaba significativamente asociada al suicidio. Los factores que resultaron estar asociados eran: 1) las amenazas o intentos de suicidio previo; 2) la autolesión; 3) el contacto con alguien que hubiera violentamente; 4) rupturas amorosas recientes, y 5) frecuentes cambios y traslados. La tendencia de los jóvenes a imitar el suicidio ha sido llamada el Síndrome de Werther, ya que tras la aparición de la novela: Las citas del joven Werther, donde el joven se quita la vida, se presentaron una ola de suicidio en los jóvenes que la habían leído, por la cual fue prohibida en algunos países Europeos. En 1986, una “epidemia” de suicidios e intentos suicidas se extendió por la escuela secundaria de Nebraska, dejando tres muertes, casos similares han ocurrido en otras escuelas. (Just the Facts; 1997).

A pesar de que no hay manera de identificar a los jóvenes que trataran de suicidarse, una historia que incluya uno o más de los siguientes aspectos debe alertar que el joven necesita ayuda:

- Un intento de suicidio previo.
- Una amenaza de suicidio.
- Un plan definido para cometer el suicidio.



- Cambios en la personalidad, en los hábitos alimenticios y en el sueño.
- Hiperactividad y propensión a accidentes.
- Inhibición con familiares y amigos.
- Apatía, ansiedad, estrés.
- Abuso de alcohol o drogas.
- Pérdida de energía.
- La historia de depresión y/o suicidio en la familia.
- Alcoholismo o uso de drogas en la familia.
- Modelos de abuso sexual o físico en la familia.
- Enfermedad de sí mismo o de algún familiar.
- Historia familiar de trastornos de alimentación, esquizofrenia, trastornos maníaco-depresivos, trastornos de conducta, delincuencia.
- Invalidez física o mental.
- Ausencia o divorcio de los padres, familias adoptivas inadecuadas.
- Conductas impulsivas, obsesiones y miedos irrales.
- Conducta agresiva y antisocial.
- Habilidades sociales pobres que producen sentimientos de humillación, baja autoestima, reproche y sentirse feo.
- Experiencia de pérdida como una muerte o suicidio de un amigo o miembro de la familia; ruptura de un romance, pérdida de una amistad íntima.
- Conflicto irresoluto con miembros de la familia, con los coetáneos, maestros, frustración, rechazo.
- Experiencia humillante que produce pérdida de autoestima o rechazo.



- Eventos inesperados como embarazo, problemas financieros (Walter, Joyce; 1997).

Hawton y Catalán (1982) en 50 adolescentes entre 13 y 18 años, en su mayoría del sexo femenino que tomaron una sobre dosis, encontraron que los principales problemas eran:

- Problemas en la relación con los padres (75%), especialmente imposibilidad para discutir los conflictos, y particularmente con el padre; 36% vivía con un solo padre y 12% con ninguno; 12% había estado al cuidado de servicios sociales, cifra mucho más alta que la observada en general en los adolescentes.
- Problemas escolares (más del 50%), tanto en lo académico como en la relación con los maestros.
- Dificultades en las relaciones de noviazgo (50%); es frecuente riña o ruptura como precipitante del intento suicida. Muchos además tiene malas relaciones con sus compañeros y más frecuentemente, aislamiento social por falta de amigos.
- Problemas de salud física, los cuales no son inhabilitantes sino crónicos como asma y dismenorrea.
- El 25% había acudido a consulta con un psiquiatra, pero los trastornos psiquiátricos francos eran raros, pocos trastornos de personalidad y algunos con sintomatología depresiva generalmente transitoria (Nucette Ríos; 1995).

Las características universales que encontramos en los adolescentes suicidas son: 1) incapacidad para encontrar solución a los problemas, y 2) escasez de estrategias de afrontamiento para ocuparse de los factores estresantes inmediatos. Así, la estrecha visión de las opciones posibles



para tratar con el desacuerdo familiar recurrente, contribuye a la decisión de suicidarse.

Los niños y adolescentes son vulnerables a los ambientes caóticos, agresivos y negligentes. Puede darse un amplio espectro de síntomas psicopatológicos secundarios a la exposición a hogares violentos y agresivos. Las conductas agresivas, auto destructivas y suicidas parece que se dan con mayor frecuencia en personas que han llevado vida familiar crónicamente estresante (Kaplan; 1996).

Según Durkheim, citado por Kaplan y Sadock (1982), el suicidio es el resultado de la fortaleza o debilidad del control de la sociedad sobre el individuo. Postuló tres tipos básicos de suicidios, cada uno de ellos resultado de la relación del hombre con su sociedad. En primer lugar el suicidio altruista está literalmente pedido por la sociedad. En este caso las costumbres del grupo reclaman el suicidio en determinadas circunstancias. El “harakiri” y la costumbre india de que las viudas se inmolen en la tumba del marido son ejemplos claros del suicidio altruista. En estas situaciones la persona no tiene elección. Quitarse la vida es un hecho honroso, continuar viviendo sería ignominioso. En segundo lugar tenemos los suicidios egoístas. Estos se producen cuando las personas tienen muy pocos lazos con la comunidad. Las peticiones y exigencias, en el caso de que se siga viviendo, no se alcanzan.

Finalmente Durkheim denominó anómicos los suicidios que se producen cuando la relación habitual entre la persona y su sociedad se rompe repentinamente. La penosa o inesperada pérdida de un empleo o de un amigo íntimo, de una fortuna, se consideran como desencadenantes de los suicidios anómicos (Kaplan; 1996).



Hendin (1982), citado por Nucette Ríos; 1995, encontró una mayor frecuencia de actos suicidas en jóvenes estudiantes en oposición a los que no estudian. Se trata generalmente de estudiantes de rendimiento superior al promedio que han disminuido notablemente en su rendimiento en el periodo inmediatamente anterior al acto suicida, generalmente no solicitan ayuda especializada, no hablan sobre el suicidio ni se les reconoce tal posibilidad, a pesar de avisar sus intenciones a un amigo o maestro y ser conocida su insatisfacción por los logros académicos. Otros factores relacionados con la posibilidad suicida entre los estudiantes son la ansiedad y preocupación ocasionada por el trabajo académico y por los exámenes.

La pérdida de los padres por muerte separación o divorcio, también es un factor causal de los actos suicidas en niños y adolescentes, pero su influencia parece estar más determinada por la percepción que se tenga de la separación y éstas dependen de la calidad de la relación pasada o actual con los padres más que del sólo hecho de la separación; además Hendin considera que el suicidio en respuesta al rechazo amoroso sugiere un intenso deseo de amor, vida y compromiso e intolerable desadaptación ante la frustración de tales necesidades (Nucette Ríos; 1995).

Los problemas en las relaciones no amorosas pueden ser también una causa importante de sufrimiento, en especial si el individuo siente que ha sido apartado del grupo de compañeros. El narcisismo del adolescente, y en especial del joven perturbado, es muy acusado y le hace vulnerable a la experiencia de la humillación en distintos contextos sociales. La aparición de un hecho humillante precede a menudo el comportamiento suicida (Parmelee, Deán; 1998).



El conflicto familiar es un factor de estrés frecuente relacionado con el suicidio, y es un hecho habitual que un incidente con un miembro de la familia preceda a la conducta suicida. Estos pacientes pueden experimentar efectos angustiosos con el conflicto. El niño o adolescente puede considerar que su relación con el familiar en cuestión ha quedado irremediabilmente dañada o rota. Como consecuencia de esto puede sentirse herido o irritado. La idea suicida asociada puede incluir fantasías de venganza, en las que el familiar en cuestión sufre experiencias de gran pesar y culpabilidad como consecuencia de su presunto papel en el suicidio del paciente. Las causas habituales de roces entre los padres y los niños en edad escolar incluyen las luchas por el poder en las cuestiones centrales del hogar, la agresión a los hermanos, los resultados de la escuela o la desobediencia general. Sin embargo, en los niños y adolescentes es característica la aparición de problemas relacionados con la demanda de mayor autonomía y su lucha por afianzar su identidad. Entre estos elementos se encuentra las elecciones de los amigos, la distribución del tiempo, las reglas en cuanto a las citas, los estilos de vestir y la elección de la música. El adolescente normal y sus padres experimentan conflictos acerca de éstos y otros muchos temas. Sin embargo, para la persona joven que presenta una alteración psiquiátrica, especialmente si el niño adolescente vive en una familia con una disfunción crónica, el conflicto con los padres puede ser frecuente, intenso y violento. El adolescente con un trastorno de conducta es probable que entre en conflicto con cualquier autoridad. Los problemas de expulsiones de la escuela, advertencias del sistema de justicia juvenil, desafío a múltiples normas de los padres y conductas antisociales específicas, como el robo a los familiares y la agresión física dentro de la familia, son un campo abonado para las discordancias graves (Parmelee, Deán; 1998).



En Caracas (Venezuela), se reportó intentos previos en 30% de su muestra de 230 personas que intentaron suicidarse y demuestra la dependencia entre intentos previos e intentos de suicidio (Nucette Ríos; 1995).

Señales de peligro suicida

La revisión crítica de la literatura científica y el análisis de la experiencia clínica e investigativa de diferentes autores, permite afirmar que las señales de peligro para el comportamiento suicida, que se deben observar en las personas, son las siguientes:

1. Comportamiento auto-agresivo.
2. Comportamiento pasivo ante frecuentes agresiones del entorno social.
3. Cambio brusco en los hábitos de comer y dormir.
4. Presencia frecuente de desvalorización.
5. Miedo a la separación.
6. Cambios súbitos en el estado de ánimo.
7. Presencia de poco interés hacia el trabajo y hacia la vida en general.
8. Pérdida o ausencia de amigos.
9. Pérdidas recientes e importantes (afectivas o de estatus).
10. Obsesión con la muerte o pensamientos recurrentes en torno a ella.
11. Repartir objetos muy queridos.
12. Hacer algo así como testamentos o cartas de despedida.
13. Presentar sentimientos de desesperanza o desilusión frecuente.
14. Presencia de deseos de muerte, o fantasías de autodestrucción.



15. Proferir amenaza suicida a amigos, familiares o personal de salud.
16. Persona desesperada con sentimiento de culpa y temor a perder el control emocional.
17. Presencia de fantasías de dormirse y no despertar.
18. Adolescentes con problemas sentimentales y dificultades en su comunicación.
19. Pérdida de la ilusión por el futuro (Wilfredo G. R.; 2002).

Una vez que los agentes sanitarios o voluntarios de la comunidad detectan a las personas con peligro suicida en su intervención inicial deben hacer lo siguiente:

1. Creerle y tomarlo en serio.
2. Entender sus sentimientos y alentarlos a que actúe, luche, etcétera.
3. Ayudarlo a encontrar respuestas y alternativas para la vida.
4. Hacerle saber que se desea ayudarlo y se sabe cómo.
5. Facilitar que verbalice y exprese sus sentimientos.
6. Explorar los motivos del intento sin temor y con seriedad.
7. Enseñar al paciente que pida ayuda en los momentos de angustia antes de tomar decisiones.
8. Estimular sus cualidades positivas y éxitos recientes.
9. Buscarle ayuda profesional especializada (psicólogo, psiquiatra).
10. Visitar a su familia y orientarla sobre cómo apoyar y comunicarse clara y directamente con el suicida.
11. No retar al paciente, ni aliarse a su solución de muerte.
12. Ayudarlo, darle cariño, seguridad y no juzgarlo.



13. Entrenar a su familia en la realización de comunicaciones cálidas y espontáneas entre sus miembros.
14. Darle apoyo emocional y de soluciones a los familiares (Wilfredo G. R.; 2002)



Sistema De Variables

Variable Independiente

Factores Psicosociales y ambientales

Variable Dependiente

Intento Suicida

Definición Conceptual De La Variable Independiente

Son acontecimientos vitales, dificultades o deficiencias ambientales, estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona (DSM-IV-TR)

Definición Operativa De La Variable Independiente

- Problemas referentes al grupo primario de apoyo
 - Problemas de salud familiar
 - Perturbación familiar
 - Conflictos con padres, hermanos u otro integrante familiar

- Problemas relativos a la enseñanza
 - Problemas académicos
 - Conflicto con profesores y/o compañeros de clase
 - Ambiente escolar inadecuado.
 - Apoyo escolar inadecuado



- Nivel Socioeconómico
 - Bajo
 - Medio
 - Alto

Definición Conceptual De Variable Dependiente

Es la decisión de realizar una conducta suicida que puede ser impulsiva, sin gran previsión o la culminación de prolongadas rumiaciones, independientemente del convencimiento de querer morir en el intento, no logrando consumir el acto (Kaplan).

Definición Operativa De La Variable Dependiente

- Tipos de motivación
 - Problemas familiares
 - Embarazo
 - Problemas de conducta
 - Abuso sexual
 - Maltrato físico
 - Sentimental (noviazgo)
 - Sentimiento de rechazo

- Intencionalidad
 - Seguridad en el objetivo
 - Inseguridad en el objetivo



- Intentos Previos
 - Si
 - No

- Consumo de sustancias
 - Si
 - No

- Método utilizado para el intento
 - Ahorcamiento
 - Arma de Fuego
 - Arma Blanca
 - Ingesta

- Tipos de síntomas psiquiátricos previos
 - Depresión
 - Irritabilidad
 - Angustia
 - Insomnio
 - Poca concentración
 - Agresividad e impulsividad



Sistema De Hipótesis

Hipótesis General

Los factores psicosociales y ambientales conducen a intento suicida en niños de ambos sexos entre 7 y 14 años de edad que acudieron al Centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar, durante el período comprendido entre Septiembre 2007 y Septiembre 2009.



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Diseño De Investigación

El tipo de investigación que se propone realizar tiene las siguientes características:

Según el razonamiento metodológico, es de tipo inductivo, porque el fenómeno a investigar va de lo particular del problema a lo general, que permita establecer nuevas teorías.

Según la estrategia a seguir es una investigación de tipo descriptiva y ex post facto, porque se orienta hacia la búsqueda e identificación de las características más frecuentes del fenómeno a observar, ya ocurrido.

Según el propósito, es aplicada ya que se desarrolla con la finalidad de afrontar un problema, como es dar un tratamiento precoz y oportuno que permita disminuir la realización del fenómeno.

Según el objetivo es evaluativa, por cuanto se va a analizar, como los problemas psicosociales, pueden conducir a la realización del fenómeno.

Según su contenido es una investigación de campo, porque se toma la información directa del grupo familiar o del paciente.



Población Y Muestra

Pacientes: niños entre 7 y 14 años de edad con diagnóstico de intento suicida que acudieron al Centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar en el período comprendido entre Septiembre 2007 y Septiembre 2009.

Criterio De Inclusión

Edad: Entre 7 y 14 años

Procedentes de Ciudad Bolívar

Con o sin diagnóstico asociado

Paciente de ambos sexos a quienes se le hayan practicado o no los primeros auxilios en los diferentes Centros de Salud de Ciudad Bolívar, remitidos a la Consulta Crítica del Centro de Salud Mental.

Técnicas Y Procedimientos Para La Recolección De Datos

Estudios descriptivos circunscritos a los factores psicosociales y ambientales asociados con intento suicida en entre 7 y 14 años de edad que acudieron al Centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar durante el período comprendido entre Septiembre 2007 a Septiembre 2009, se procedió a la recolección de datos a través de ficha clínica que incluyó identificación, antecedentes y encuesta sobre la base del DSM-IV-TR de los problemas psicosociales y ambientales, así como los aspectos relacionados a la conducta suicida, la cual fue llenada por el paciente o familiar durante la entrevista domiciliaria y/o en el Centro de Salud, en un lapso no mayor de cuatro (04) meses.



A cada paciente se le aplicó la Escala de Intento Suicida de Beck, Schuyler y Herman y Test de Interrelación Familiar de Wilfredo G.R. (Test FF-SIL-10).

El análisis de los resultados se realizó utilizando el cálculo porcentual y la inferencia estadística de la población en estudio, a través del intervalo de confianza en curva normal ($Z = \pm 1,96, p < 0,05$).

La distribución de los datos se realizó en cuadros simples y de doble entrada.



CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Cuadro N° 1.-

Distribución de pacientes con intento suicida según problemas psicosociales y ambientales. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Septiembre 2007 – Septiembre 2009.

PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES	N°	%
Leve	8	33,3
Moderado	10	41,7
Severo	6	25,0
TOTAL	24	100,00

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Cuadro N° 2.-

Distribución de pacientes con problemas referentes al grupo primario de apoyo según edad y sexo.
Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar. Septiembre 2007- Septiembre 2009.

EDAD (años)	SEXO		PROBLEMAS REFERENTES AL GRUPO PRIMARIO DE APOYO											
	Masculino		Femenino		TOTAL		Problemas de Salud Familiar		Perturbación Familiar		Conflicto con padres, hermanos u otro integrante familiar		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
≤ 8	3	12,5	0	-	3	12,5	0	-	3	7,1	2	4,8	5	11,9
9-11	3	12,5	2	8,3	5	20,8	2	4,8	4	9,5	3	7,1	9	21,4
12 - 14	5	20,8	11	45,8	16	66,7	0	-	15	35,7	13	31	28	66,7
TOTAL	11	45,8	13	54,2	24	100	2	4,8	22	52,3	18	44,9	42	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Cuadro N° 3.-

**Distribución de pacientes con problemas relativos a la enseñanza según edad y sexo.
Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar. Septiembre 2007- Septiembre 2009.**

EDAD (años)	SEXO				PROBLEMAS RELATIVOS A LA ENSEÑANZA											
	Masculino		Femenino		Total		Problemas Académicos		Conflicto con Profesores o compañeros de Clase		Ambiente escolar inadecuado		Apoyo escolar inadecuado		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
≤ 8	3	12,5	0	-	3	12,5	1	1,8	2	3,6	1	1,8	1	1,8	5	9,1
9 - 11	3	12,5	2	8,3	5	20,8	4	7,3	3	5,5	3	5,5	3	5,5	13	23,6
12 - 14	5	20,8	11	45,8	16	66,7	10	18,2	8	14,5	10	18,2	9	16,3	37	67,3
TOTAL	11	45,8	13	54,2	24	100,0	15	27,3	13	23,6	14	25,5	13	23,6	55	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Cuadro N° 4.-

Distribución de pacientes de acuerdo al nivel socioeconómico según edad y sexo. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar. Septiembre 2007- Septiembre 2009.

EDAD (años)	SEXO						NIVEL SOCIOECONÓMICO							
	Masculino		Femenino		Total		Bajo		Medio		Alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
≤ 8	3	12,5	0	0,0	3	12,5	2	8,3	1	4,2	0	0,0	3	12,5
9-11	3	12,5	2	8,3	5	20,8	4	16,7	1	4,2	0	0,0	5	20,8
12-14	5	20,8	11	45,8	16	66,7	12	50,0	4	16,6	0	0,0	16	66,7
TOTAL	11	45,8	13	54,2	24	100,0	18	75,0	6	25,0	0	0,0	24	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Cuadro N° 5.-

Distribución de pacientes con problemas referentes al grupo primario de apoyo según motivación y uso o abuso de sustancias (drogas y/o alcohol). Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar. Septiembre 2007- Septiembre 2009.

Motivación	Problemas referentes al grupo primario de apoyo										Uso o abuso de sustancias (Drogas y/o Alcohol)					
	Problemas de Salud Familiar		Perturbación Familiar		Conflicto con padres, hermanos u otro integrante familiar		Total		Si		No		Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Abuso sexual	3	12,5	0	0,0	3	7,1	3	7,1	6	14,3	0	0,0	3	12,5	3	12,5
Abuso físico	1	4,1	0	0,0	1	2,4	1	2,4	2	4,8	0	0,0	1	4,1	1	4,1
Pérdida	1	4,1	0	0,0	1	2,4	0	0,0	1	2,4	0	0,0	1	4,1	1	4,1
Sep.de padres	8	33,3	1	2,4	7	16,7	5	11,9	13	31	1	4,1	7	29,3	8	33,3
Prob. de conduc	1	4,1	0	0,0	1	2,4	1	2,4	2	4,8	1	4,1	0	0,0	1	4,1
Sentimental	1	4,1	0	0,0	0	0,0	1	2,4	1	2,4	0	0,0	1	4,1	1	4,1
Rechazo S. y f.	1	4,1	0	0,0	1	2,4	1	2,4	2	4,8	0	0,0	1	4,1	1	4,1
Conf. con Hnos.	1	4,1	0	0,0	1	2,4	1	2,4	2	4,8	0	0,0	1	4,1	1	4,1
Prob. Con padres	7	29,3	1	2,4	7	16,7	5	11,9	13	31	0	0,0	7	29,3	7	29,3
TOTAL	24	100,0	2	4,8	22	52,3	18	42,8	42	100,0	2	8,2	22	91,6	24	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Cuadro N° 6.-

Distribución de pacientes con intencionalidad y problemas relativos a la enseñanza según edad.
Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar. Septiembre 2007- Septiembre 2009.

EDAD (años)	INTENCIONALIDAD						PROBLEMAS RELATIVOS A LA ENSEÑANZA									
	Seguridad		Inseguridad		Total		Problemas Académicos		Conflicto con Profesores o compañeros de Clase		Ambiente escolar inadecuado		Apoyo escolar inadecuado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
≤ 8	2	8,3	1	4,2	3	12,5	1	1,8	2	3,6	1	1,8	1	1,8	5	9,1
9-11	4	16,7	1	4,2	5	20,8	4	7,3	3	5,5	3	5,5	3	3,5	13	23,6
12-14	10	41,6	6	25	16	66,7	10	18,2	8	14,5	10	18,2	9	16,3	37	67,3
TOTAL	16	66,6	8	33,3	24	100,0	15	27,3	13	23,6	14	25,5	13	23,6	55	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Cuadro N° 7.-

Distribución de pacientes con intencionalidad y problemas referentes al grupo primario de apoyo según edad. Centro de salud mental. Ciudad Bolívar. Septiembre 2007- Septiembre 2009.

EDAD (años)	INTENCIONALIDAD						PROBLEMAS REFERENTES AL GRUPO PRIMARIO DE APOYO							
	Seguridad		Inseguridad		Total		Problemas de salud familiar		Perturbación familiar		Conflicto con padres, hermanos u otro integrante familiar		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
≤ 8	2	8,3	1	4,2	3	12,5	0	0,0	3	7,1	2	4,8	5	11,9
9 - 11	4	16,7	1	4,2	5	20,8	2	4,8	4	9,5	3	7,1	9	21,4
12 - 14	10	41,6	6	25,0	16	66,7	0	0,0	15	35,7	13	31	28	66,7
TOTAL	16	66,6	8	33,3	24	100,0	2	4,8	22	52,3	18	42,9	42	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Cuadro N° 8.-

Distribución de pacientes con intencionalidad y problemas referentes al grupo primario de apoyo según método utilizado. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar. Septiembre 2007- Septiembre 2009.

Método	PROBLEMAS REFERENTES AL GRUPO PRIMARIO DE APOYO										INTENCIONALIDAD					
	Problemas de salud familiar		Perturbación familiares		Conflicto con padres, hermanos u otro integrante familiar		Total		Seguridad		Inseguridad		Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ahorcamiento	4	16,7	1	2,4	3	7,1	3	7,1	7	16,7	3	12,5	1	4,2	4	16,7
Arma de fuego	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Arma blanca	4	16,7	0	0,0	3	7,1	2	4,8	5	11,9	3	12,5	1	4,2	4	16,7
Ingesta	13	54,2	0	0,0	13	30,9	11	26,2	24	57,1	7	29,2	6	25,0	13	54,2
Otros	3	12,5	1	2,4	3	7,1	2	4,8	6	14,3	3	12,5	0	-	3	12,5
Total	24	100,0	2	4,8	22	52,2	18	42,9	42	100,0	16	66,7	8	33,3	22	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Cuadro N° 9.-

Distribución de pacientes con intento suicida según sexo y método utilizado. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar. Septiembre 2007- Septiembre 2009.

MÉTODO	SEXO					
	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ahorcamiento	2	8,3	2	8,3	4	16,7
Arma de Fuego	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Arma Blanca	1	4,2	3	12,5	4	16,7
Ingesta	5	20,8	8	33,3	13	54,2
Otros	3	12,5	0	0,0	3	12,5
TOTAL	11	45,8	13	54,2	24	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Cuadro N° 10-

Distribución de pacientes con intentos previos y problemas referentes al grupo primario de apoyo según edad. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar. Septiembre 2007- Septiembre 2009.

EDAD (años)	INTENTOS PREVIOS						PROBLEMAS REFERENTES AL GRUPO PRIMARIO DE APOYO								
	Si		No		Total		Problemas de salud familiar		Perturbación Familiar		Conflicto con padres, hermanos u otro integrante familiar		TOTAL		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
≤ 8	2	8,3	1	4,2	3	12,5	0	0,0	3	7,1	2	4,8	5	11,9	
9-11	0	0,0	5	20,8	5	20,8	2	4,8	4	9,5	3	7,1	9	21,4	
12-14	6	25	10	41,7	16	66,7	0	0,0	15	35,7	13	31,0	28	66,7	
TOTAL	8	33,3	16	66,7	24	100,0	2	4,8	22	52,3	18	44,9	42	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Cuadro N° 11.-

Distribución de paciente con problemas referentes al grupo primario de apoyo e intencionalidad según síntomas psiquiátricos previos. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar. Septiembre 2007- Septiembre 2009.

SINTOMAS	P.R.G.P.A.									INTENCIONALIDAD						
	N°	%	Problemas de salud familiar		Perturbación Familiar		Conflicto con padres, hermanos u otro integrante familiar		Total		Seguridad		Inseguridad		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Depresión	18	36,7	1	1,2	17	20,2	14	16,7	32	38,1	13	26,5	5	10,2	18	36,7
Angustia	7	14,3	0	0,0	6	7,1	6	7,1	12	14,3	4	8,2	3	6,1	7	14,3
Irritabilidad	5	10,2	0	0,0	5	5,9	5	5,9	10	11,9	3	6,1	2	4,1	5	10,2
Insomnio	3	6,1	0	0,0	3	3,6	3	3,6	6	7,1	3	6,1	0	0,0	3	6,1
Poca Concentración	6	12,2	0	0,0	5	5,9	4	4,8	9	10,7	3	6,1	3	6,1	6	12,2
Agresividad	10	20,4	1	1,2	9	10,7	5	5,9	15	17,9	6	12,2	4	8,2	10	20,4
Impulsividad																
TOTAL	49	100,0	2	2,4	45	53,6	37	44,0	84	100,0	32	65,3	17	34,7	49	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Cuadro N° 12.-

Distribución de pacientes con Intencionalidad y Síntomas Psiquiátricos previos según edad. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Septiembre 2007 – Septiembre 2009.

Edad (Años)	INTENCIONALIDAD						SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS PREVIOS															
	Seguridad		Insegurid.		Total		Depresión		Ansiedad		Irritabilidad		Insomnio		Poca concentrac.		Agresiv. /Impulsiv.		Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
≤ 8	2	8,3	1	4,2	3	12,5	2	4,1	1	2,0	1	2,0	1	2,0	1	2,0	2	4,1	8	16,3		
9-11	4	16,7	1	4,2	5	20,9	3	6,1	1	2,0	0	0,0	0	0,0	2	4,1	3	5,1	9	18,4		
12-14	10	41,6	6	25,0	16	66,6	13	26,5	5	10,2	4	8,2	2	4,1	3	6,1	5	10,2	32	65,3		
TOTAL	16	66,6	8	33,4	24	100,0	18	36,7	7	14,2	5	10,2	3	6,1	6	12,2	10	20,4	49	100,0		

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Cuadro N° 13.-**

Distribución de pacientes con intento suicida según interrelación familiar. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Septiembre 2007 – Septiembre 2009.

INTERRELACIÓN FAMILIAR	N°	%
Leve	0	0,0
Moderado	18	75,0
Severo	6	25,0
TOTAL	24	100,00

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Cuadro N° 14.-**

Distribución de pacientes con intento suicida según Escala de Intento Suicida. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Septiembre 2007 – Septiembre 2009.

ESCALA DE INTENTO SUICIDA	N°	%
Leve	0	0,0
Moderado	22	91,7
Severo	2	8,3
TOTAL	24	100,00

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



ANÁLISIS DE LOS CUADROS

- Durante el tiempo de estudio consultaron 24 pacientes que presentaron intento suicida, con edades comprendidas entre 7 y 14 años de edad con un promedio de 10,5 años, de los cuales 13 (54,2%) correspondió al sexo femenino y 11 (45,8%) al masculino. Todos los pacientes objetos del estudio presentaron problemas psicosociales y ambientales y en su mayoría de tipo moderado, con un total de 10 casos (41,7%); seguido de tipo leve con 8 casos (33,3%) y finalmente 6 casos (25,0%) severo. (Ver Cuadro 1)
- El grupo etáreo que acumuló mayor número de casos fue el de 12 a 14 años, con 16 pacientes (66,7%), seguido del grupo de 9 a 11 años con 5 casos (20,8%). De un total de 24 pacientes y en relación al grupo primario de apoyo se presentaron 22 casos (52,3%) que manifestaron problemas de perturbación familiar, 18 (44,9%) conflicto con padres, hermanos u otro integrante. De los 16 casos (66,7%) ubicados dentro del grupo etáreo entre 12 y 14 años, 15 (35,7%) manifestaron haber presentado problemas de perturbación familiar y 13 (31,0) conflictos con padres, hermanos u otro integrante familiar. (Ver Cuadro 2)
- En cuanto a los problemas relativos a la enseñanza se observó que del total de 24 pacientes de la muestra, 15 (27,3%) manifestaron presentar problemas académicos, 14 (25,5%) ambiente escolar inadecuado, 13 (23,6%) conflicto con profesores o compañeros de clases y 13 (23,6%) apoyo escolar inadecuado. La mayoría de los casos que manifestaron problemas relativos a la enseñanza se



concentró en el grupo etáreo de 12 a 14 años de edad, con 10 casos (18,2%) con problemas académicos, 10 (18,2%) con ambiente escolar inadecuado, 9 (16,3%) con apoyo escolar inadecuado y 8 (14,5%) con conflictos con profesores o compañeros de clases. (Ver Cuadro 3)

- El nivel socioeconómico más observado fue el bajo con 18 pacientes (75,0%) y mayormente concentrado en el grupo etáreo de 12 a 14 años con 12 pacientes (50,0%). (Ver Cuadro 4)
- En relación al tipo de motivación, la separación de los padres junto con los problemas con los padres, representó la mayoría de la muestra con 8 (33,3%) y 7 (29,3%) respectivamente, seguido del abuso sexual con 3 casos (12,5%). De los 8 casos que expresaron la separación de los padres como motivo para el intento, 7 (16,7%) manifestaron tener problemas de perturbación familiar. Por otra parte de los 7 (29,3%) pacientes que manifestaron problemas con los padres, igualmente expresaron tener problemas de perturbación familiar; de los 8 (33,3%) que manifestaron tener como motivo para intentar suicidarse la separación de los padres, 5 (11,9%) expresaron tener conflictos con padres, hermanos u otro integrante familiar. Sólo 2 casos (8,2%) manifestaron haber consumido alcohol y/o drogas. Se observó 3 (7,3%) pacientes con problemas por perturbación familiar asociado al abuso sexual. (Ver Cuadro 5)
- Del total de pacientes que intentaron suicidarse, 16 (66,6%) manifestaron seguridad en realizar el acto y 8 (33,3%) inseguridad. De los cuales 10 (18,2%) se encontraron dentro del grupo etáreo de 12 a 14 años de edad. Del total de 16 casos observados en el grupo etáreo de 12 a 14 años, 10 (18,2%) manifestaron problemas



académicos y 10 (18,2%) conflicto con profesores y compañeros de clases. (Ver Cuadro 6)

- Del total de pacientes que expresaron o no seguridad en el intento, de los correspondientes al grupo etéreo de 12 a 14 años, 15 (35,7%) manifestaron perturbación familiar y 13 (31,0%) conflictos con padres, hermanos u otro integrante familiar. (Ver Cuadro 7)
- El método utilizado mayormente observado en la muestra fue la ingesta con 13 casos (54,2%), seguido del ahorcamiento y arma blanca con 4 casos (16,7%) cada uno; 3 casos (12,5%) intentaron el suicidio lanzándose a los vehículos. De los 13 casos que intentaron con la ingesta, 7 (29,2%) manifestaron seguridad en el acto y 6 (25,0%) inseguridad. (Ver Cuadro 8)
- Del total de pacientes que empleó la ingesta como método utilizado, 8 (33,3%) fueron del sexo femenino y 5 (20,8%) del sexo masculino. (Ver Cuadro 9)
- Del total de la muestra 8 (33,3%) manifestaron intentos previos y 16 (66,7%) no lo habían intentado. En el grupo etéreo de 12 a 14 años se acumuló el mayor número de pacientes con 6 casos (25,0%). (Ver Cuadro 10).
- De los síntomas psiquiátricos previos más observados en la muestra, 18 (36,7%) fue depresión, seguido de la agresividad e impulsividad con 10 casos (20,4%). De los 18 casos con síntomas depresivos 17 (20,2%) manifestaron perturbación familiar y 14 (16,7%) conflictos con padres, hermanos y otro integrante familias. De los 10 casos con



síntomas de agresividad e impulsividad 9 (10,7%) manifestaron perturbación familiar y 5 (5,9%) conflictos con padres, hermanos u otro integrante familiar. (Ver Cuadro 11)

- De los 18 pacientes (36,7%) con síntomas depresivos previos, 13 (26,5%) manifestaron seguridad en el intento suicida. De los 10 (20,4%) pacientes con síntomas de agresividad e impulsividad, 6 (12,2%) manifestaron seguridad en el intento suicida. Del total de 24 pacientes, dentro del grupo etéreo entre 12 y 14 años de edad, 10 (41,6%) manifestaron seguridad y 6 (25,0%) inseguridad, 13 (26,5%) síntomas depresivos, ansiedad e impulsividad con 5 (10,2%) casos cada uno. (Ver Cuadro 12)
- Todos los pacientes objetos de estudio presentaron problemas en la interrelación familiar, en su mayoría de tipo moderado con 18 (75,0%) y de tipo severo 6 casos (25,0%). (Ver Cuadro 13)
- Según la Escala de Intentos Suicidas, los resultados demuestran que la mayoría de los pacientes objetos de estudio se encontraron ubicados en un nivel de severidad moderado con 22 casos (91,7%). (Ver Cuadro 14)



Análisis Estadístico

Se calcularon mediante intervalos de confianza en curva normal ($Z=\pm 1,96$; $p < 0,05$) algunas tasas de la población a partir de la proporción de muestreo distribuidos en los cuadros y según los objetivos específicos.

- Tasa de Perturbación Familiar (PF) en la población:

$$T_{(PF)} = 0,917 \pm 0,110 \approx 80,7\% \text{ hasta } 100\%$$

Es decir: la tasa de P.F. a la población similar a la muestra estudiada varía entre 80,7% hasta 100% (Cuadro 2).

En el grupo etáreo [12-14] años en la muestra presentó 15 de 22 casos de P.F. en la población la tasa de P.F. para este grupo resultó:

$$T_{(PF) [12-14]} = 0,68 \pm 0,19 = 49\% \text{ hasta } 87\%.$$

Es decir: la tasa de PF en la población del grupo etáreo [12-14] varía entre el 49% hasta 87%. (Cuadro 2)

- Tasa de pacientes con nivel socioeconómico (N.S.E.) bajo entre [12-14]:

$$\text{Tasa} = 0,50 \pm 0,02 = [0,48-0,52]$$

$$\text{Tasa} = 48\% \text{ hasta } 52\%$$



Es decir: en la población se espera encontrar 48% hasta 52% y serían de edad entre 2 y 14 años. (Cuadro 4).

- Tasa de intencionalidad en la población

$$\text{Tasa} = 0,67 \pm 0,19$$

$$\text{Tasa} = [0,48-0,86]$$

$$\text{Tasa} = 48\% \text{ hasta } 86\%$$

Es decir: en la población similar a la muestra estudiada se espera un 48% hasta un 86% con intencionalidad de suicidio. (Cuadro 6)

- Tasa de intencionalidad en el estrato [12-14]

$$\text{Tasa} = [0,42 \pm 0,20] = [0,22-0,62]$$

$$\text{Tasa} = [22\% \text{ hasta } - 62\%]$$

Es decir: en el grupo etáreo [12-14] años, que es donde más se acumulan los problemas en la población, este grupo define la intencionalidad entre 22% hasta 62%. (Cuadro 6)

- Tasa de pacientes que presentan intentos previos:

$$\text{Tasa} = 0,33 \pm 0,12 = [0,21-0,45]$$

$$\text{Tasa} = 21\% \text{ hasta } 45\%$$

Es decir: En una población similar a la muestra se espera entre un 21% hasta 45% con intentos previos. (Cuadro 9)



DISCUSIÓN

Como resultado de este primer esfuerzo a nivel regional por describir las características psicosociales y ambientales asociadas a conductas suicidas en niños de ambos sexos entre 7 y 14 años de edad con intento suicida, y que pese al tamaño pequeño de la muestra, en el Cuadro N° 1 se observó que todos los pacientes objetos del estudio manifestaron problemas psicosociales y ambientales, evidenciándose la poderosa influencia de estos factores en los intentos suicidas, gracias a su efecto perturbador y desestabilizador en estos menores.

En el cuadro N° 2 se muestra la distribución por edad evidenciándose que el mayor número de casos se ubicó en el grupo etáreo de 12 a 14 años con 16 pacientes (66,7%), de los cuales el mayor número correspondió al sexo femenino con 11 pacientes (45,8%), lo que coincide con otros estudios como los de Saucedo-García (1997) y Gerardo Campos (2002), donde se comprueba la mayor proporción del sexo femenino sobre el masculino, en menores de 14 años con intento suicida.

Se evidencia también que antes de la pubertad puede ocurrir este fenómeno como quedó demostrado en el estudio, a pesar de la baja incidencia con 3 casos entre los \leq a 8 años y 5 casos entre los de 9 y 11 años. Se observa además la frecuencia en relación al grupo primario de apoyo en donde, de los 24 pacientes en estudio, 22 (52,3%) manifestaron problemas de perturbación familiar y 18 (44,9%) conflictos con padres, hermanos u otro integrante de la familia. Estos hallazgos nos permiten ratificar la importancia de los factores psicosociales y ambientales en la etiología del intento suicida.



En el Cuadro N° 3 donde se presentó la distribución en relación a los problemas referentes a la enseñanza, se observó que del total de pacientes en estudio, 15 (27,3%) manifestaron presentar problemas académicos; 14 (25,5%) ambiente escolar inadecuado; 13 (23,6%) conflictos con profesores o compañeros de clases y 13 (23,6%) apoyo escolar inadecuado. Los datos obtenidos demostraron la importancia del niño en la vida que hace en la escuela y donde los conflictos con profesores o compañeros hacen que se sienta aislado, con baja autoestima, considerando la fuente de afectación emocional en donde los conflictos dentro del colegio le puedan causar sufrimiento intenso con síntomas depresivos, desesperanza, que pueda inducir a conducta suicida. El mayor número de casos con problemas relativos a la enseñanza se concentró en el grupo etáreo de 12 a 14 años, que se explicaría en la mayor capacidad de conflictividad, competencia y se incrementa el nivel emocional en esa etapa de transición del niño.

En el cuadro N° 4 se observó como se presenta el nivel socioeconómico en la distribución, con 18 casos (75,0%) en el nivel bajo. Factor asociado en la actualidad como disparador de mayor conflictividad y desesperanza en el ámbito familiar.

En el cuadro N° 5 se evidenció que según el tipo de motivación, la mayoría de los pacientes tenían problemas debido a la separación de sus padres y problemas con padres, con 8 (33,3%) y 7 (29,3%) respectivamente asociados a problemas referentes al grupo primario de apoyo en su mayoría con perturbación familiar y conflictos con padres, hermanos u otro integrante familiar.



En el cuadro N° 6 se observó que de los 16 pacientes (66,6%) que manifestaron seguridad en el intento, 10 (41,6%) se concentraron en el grupo etáreo de 12 a 14 años, y de estos pacientes, 10 (18,2%) manifestaron problemas académicos y 10 (18,2%) conflictos con profesores y compañeros de clases.

En el cuadro N° 7 se evidenció la correlación entre intencionalidad, los problemas referentes al grupo primario de apoyo y la edad; se observó como los intentos suicidas se incrementan con la edad, con mayor seguridad de realizar el acto, si se asocia a problemas referentes al grupo primario de apoyo. Se podría explicar además, porque en la medida que se incrementa con la edad los mecanismos protectores disminuyen.

En el cuadro N° 8 se observó que el método utilizado más frecuente fue la ingesta, con 13 casos (54,2%), en donde se evidenció una mayor asociación con la perturbación familiar y la seguridad del acto. Habitualmente los fármacos y otros tóxicos son reservorios en los hogares por diversas causas, lo que facilitaría el consumo. Los conflictos familiares y la fácil adquisición del método estarían asociados a la seguridad y determinación de realizar el acto.

En el cuadro N° 9 se observó que la ingesta se relaciona más frecuentemente con el sexo femenino, presentándose 8 casos (33,3%) de los 13 en total, hecho respaldado por la literatura (Rafael Tuesca, 2003). Una de las posibles explicaciones de este hecho consiste en que la mujer use la tentativa de suicidio como expresión o forma de pedir ayuda, así como ser un patrón cultural.



En el cuadro N° 10 se observó que del total de la muestra, 8 (33,3%) manifestaron intentos previos, ubicados en su mayoría (6 casos) en el grupo etéreo de 12 a 14 años. Dato importante si se recuerda que uno de los factores de riesgo más fuertes para consumir el suicidio es el haberlo intentado previamente. (Vigoya, 1996; Tuesca, M., 2003).

En el cuadro N° 11 se presentó la distribución de los pacientes con intento suicida según presencia de síntomas psiquiátricos previos y su asociación con los problemas referentes al grupo primario de apoyo, encontrándose que 18 (36,7%) de los pacientes presentó síntomas depresivos y 10 (20,4%) síntomas de agresividad e impulsividad. Existe un alto riesgo de intento suicida en aquellos niños con problemas emocionales (depresivos y conductuales). (Nucette Ríos, 1995). Acontecimientos traumáticos como los problemas referentes al grupo primario de apoyo, las perturbaciones familiares y conflictos con padres o hermanos, podrían predisponer a conducta suicida y mucha seguridad en el acto, si se asocia a problemas emocionales y conductuales.

Los síntomas depresivos y los síntomas de agresividad e impulsividad, pueden condicionar al acto suicida, sin que haya un predominio entre uno u otro factor (18 y 10 casos respectivamente en el estudio).

En el cuadro N° 12 se evidenció que se puede asociar en el estudio la intencionalidad, los síntomas psiquiátricos previos y la edad, en donde se observó que en el grupo de 12 a 14 años se presentó el mayor número de casos con síntomas depresivos (13 pacientes) y de agresividad e impulsividad (5 pacientes). Así como el mayor número de casos con seguridad en el intento suicida. Esta correlación ya ha sido establecida en



otros estudios (Sauceda-García, 1997), en donde la depresión constituye un riesgo importante para realizar el intento, aunque no se trate de un factor necesario ni suficiente, al parecer se requiere de cierto grado de agresividad e impulsividad.

En el cuadro N° 13 se observó que todos los pacientes objetos del estudio presentaron problemas de interrelación familiar, esto va a predisponer al desarrollo de psicopatologías en el niño. Considerando que las pautas de interacción familiar se transmiten de generación en generación, de manera consciente e inconsciente, lo que posibilita que a través del aprendizaje se perpetúen modelos negativos en la funcionalidad familiar que constituyen factores de riesgo para la conducta suicida.

En el cuadro N° 14 se presentó la distribución de los pacientes con intentos suicida según la Escala de Intentos de Suicidio, encontrándose que el 91,7% presentó niveles de severidad moderados y el 8,3% presentó niveles elevados de severidad.



CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Del análisis y la discusión de los resultados obtenidos en esta investigación pueden derivarse las siguientes conclusiones:

1. Los problemas psicosociales y ambientales estuvieron presentes en la totalidad de los pacientes.
2. El intento de suicidio fue más frecuente en el sexo femenino con un 54,2%.
3. Los problemas referentes al grupo primario de apoyo más observados fueron los relacionados a la perturbación familiar, con 52,3% y a los conflictos con padres, hermanos u otro integrante familiar con 44,9%.
4. Los intentos suicidas fueron frecuentes en el grupo de edad comprendida entre 12 y 14 años.
5. Los sujetos en estudio manifestaron en su mayoría, presentar problemas académicos, seguido de un ambiente escolar inadecuado, en orden de frecuencia.
6. El nivel socioeconómico que predominó fue el nivel bajo, con 75% y mayormente concentrado en el grupo etáreo entre 12 y 14 años con el 50,0%.



7. El tipo de motivación que se manifestó con mayor frecuencia fue el de la separación de los padres, seguido al de los problemas con los padres.
8. Un 66,6% manifestó seguridad en realizar el intento suicida.
9. La ingesta representó el método utilizado con mayor frecuencia para el intento suicida, con 54,2% y más observado en el sexo femenino con un 33,3%.
10. En el 33,3% de los pacientes hubo intentos previos.
11. Todos los pacientes en estudio presentaron síntomas psiquiátricos previos, en su mayoría de tipo depresivo y de agresividad e impulsividad.
12. Los problemas de interrelación familiar estuvieron presentes en todos los casos, lo que indica la gravedad de la situación y el alto riesgo de realizar actos suicidas.
13. De acuerdo a la Escala de Intentos de Suicidio, los pacientes presentaron en un 91,7%, un nivel de severidad moderado y 8,3 severo.
14. Las correlaciones más frecuentes encontradas corresponden a los intentos previos, depresión, ausencia por separación de los padres, género femenino, fácil acceso al método suicida,



conflictividad familiar, dificultad económica y la
disfuncionalidad familiar.



RECOMENDACIONES

1. Crear programas de prevención para el tratamiento de niños y adolescentes con intento suicida y orientar los riesgos del mismo, hacia un marco de concentración y ayuda, para el desarrollo de mecanismos de autocontrol.
2. Desarrollar programas educativos a la comunidad con el respaldo de los medios de comunicación y las Juntas Comunales, que transmitan información sobre los diferentes servicios de salud disponibles.
3. Mejorar el sistema de registro para perfeccionar las estadísticas a nivel de los diferentes centros de salud regionales.
4. Creación de programas comunitarios de orientación para establecer las restricciones en el uso de armas de fuego y tóxicos o venenos utilizados.
5. Diseñar proyectos de intervención que tengan por objetivo la modificación de los factores familiares esenciales de riesgo para la conducta suicida.
6. Crear políticas de entrenamiento hacia los educadores que le permitan rápidamente identificar factores de riesgo suicida en niños.
7. Estimular a los padres y representantes a que asistan a las charlas de Escuela para Padres.



BIBLIOGRAFÍA

- ACOSTA, ARIEL., CASTILLO, GLADIS., et al.2006. Factores de riesgo del intento suicida en niños y adolescentes hospitalizados por esta conducta. Interpsiquis febrero disponible en psychiatry.com
- AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT. 1998. Ayudando a los adolescentes con estrés. <http://mentalhelp.net/images/maps/nay-bar.map>.
- ARMAS N. B., RAMOS I, et al.1998. Evaluación de algunos aspectos del programa nacional de prevención de la conducta suicida. Municipio Playa, Rev. Cubana. Hig. Epidemiol.; 36(2):105-12.
- BLUMENTHAL.S.J. et al. 1990.Youch.siucide.risk factores, assessmente, and.teratment of adolescent and young adult suicidal patients psychiatrclin north Am, 13-511-557.
- CONQUISTA N.; 2000. Factores psicosociales y ambientales en adolescentes con intentos suicidas. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar 1997-1999.
- CRAIG, G. 1994. Adolescencia: temas conflictivos y surgimiento de patrones. Desarrollo psicologico. Sexta edicion. Editorial prentice. Hall. Hispanoamericana, S.A. México. Pag. 428-429.
- CUNNINGHAM, April. Causes of suicide.
<http://www.victimservices.org/dvfact.html>
- DESJARLAIS, R; EISENBERG, L. 1997. Salud mental en el mundo. OPS. Just The Facts. 1997. Adolescent Suicide.
<http://www.fadad.org/resource/jtf/adolescentsuicide.htm/>
- DOMENECH L., POLAINO L. 1999. Familia y depression infantil. Epidemiologia de la depresion infantil. Primera edicion. Editorial Espaxs. Publicaciones Médicas. Barcelona. Pag. 201-207.
- GELDER M; MMAYOR R.2002.Psiquiatría de la infancia y la adolescencia . Oxford Core Text 2da edicion.Editorial MARGAN.Pag. 395-426.



- GERARDO CAMPOS, 2002. Intentos de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. Colombia. Colomb Med 2002; 34:9-16
- GOLDMAN S, BEARDSLEE W. 1998 Suicide in children and adolescents. En: Jacobs D (editor) Harvard Medical School Guide to Assessment and Intervention in Suicide. San Francisco: Jossey-Bass;. p. 417-442.
- GÓMEZ-RESTREPO CARLOS, et al.2002. Fundamento de la Psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos. Centro Editorial Javeriano, CEJA. 239-240.
- GONZÁLES, J. Y RAMOS, Y. 1997 aproximación teórica al fenómeno suicida. En prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Psiquiatría medica. Barcelona, Masson,; 5-12.
- HELIANE BASTOS.2006. Tratamiento en la emergencia del paciente suicida. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 12, N°1,págs. 5 a 15. www.alcmeon.com.ar
- JUST THE FACTS. 1997. Adolescent suicide.
<http://www.fadad.org/resource/jtf/adolescentsuicide.htm/>
- KAPLAN H; SADOCK, B. 1996. Sinopsis de Psiquiatría. Séptima Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires-Argentina. Pág. 1142-1143.
- MANN, J. 1999. The Neurobiology of Suicide Risk. The Journal of Clinical Psychiatry. Vol: 60 [suppl 2]: 7-11.
- MORALES B. A.;2000. Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil.
- NUCETTE RIOS, ELIGIO. 1995. intentos de Suicidio. Ediciones Astra. Data. Maracaibo-Venezuela.
- PAPALIA, E. 1992. Psicología del desarrollo. Mc Graw Hill Interamericana. Colombia. 528-531.
- PARMELEE, DEAN X. 1998. Psiquiatría del niño y el adolescente. Harcourt Brace de España, S.A. Pág.: 229-240.



- PIKERMAN, JOHN. 1998. adolescentes Suicide. Med Guide Logo. Vielma Associates Advertising.
- QUETZALCOATL, H.C. pHd. 2002. Epidemiología del Suicidio adolescente en el mundo. Universidad Nacional Autónoma de México. www.vivepsicología.org/dimension/epimundo.html.
- SAUCEDA – GARCÍA J. M. 1997. Intento de suicidio en la niñez y en la adolescencia: ¿síntoma de depresión o de impulsividad agresiva?. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. Volumen 54-Numero 4; abril.
- SHAFFER, DAVID. 1999. Methods of Adolescent Suicide Prevention. J.Clin Psychiatry. Vol 60 [suppl 2].
- TUESCA MOLINA R.2003. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 17:19-18.
- VALDIVIA M. 2001. Intento suicida en la población pediátrica. Rev. Chil. Neuropsiquiatría V:39 N:3; 211-218.
- VIGOYA J, CAMPO G. 1996. Comportamiento suicida en niños. En: Roa JA, Echandía CA (editores). Emergencias y urgencias en pediatría. Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal; p. 527-539.
- WALKER, JOYCE: 1997. teen in distress Series. Adolescent, Stress and Depression. The center for 4H Youth Development. Universidad de Minnesota. [http:// www.pryori.com/gp.htm](http://www.pryori.com/gp.htm).
- WEINBERGER L, SREENIVASAN S, SATHYAVAGISWARAN L, MARKOWITZ E. 2001. Child and adolescent suicide in a large, urban area: psychological, demographic, and situational factors. J Forensic Sci; 46: 902-912.
- WILFREDO G. R. y Col. 2001.Intentos suicida y funcionamiento familiar. Rev. Cubana Med. Gen. Integr.17(5):452-460.
- WILFREDO G.R. 2002. Prevención de la conducta suicida en la APS. Rev. Cubana Med. Gen. Integr.; 18(2).
- ZAPH, RICK. Adolescent Suicide Attempts. [http:// www.victimservices.org/dvfact.htm](http://www.victimservices.org/dvfact.htm)



ANEXOS

**FICHA CLÍNICA****UNIVERSIDAD DE ORIENTE
ESCUELA DE MEDICINA
CENTRO DE SALUD MENTAL**

Investigación: Intento de Suicidio en niños de ambos sexos entre 7 y 14 años.

Fecha: ____/____/____.- Historia clínica N° _____

Consulta externa: _____

Hospitalización: _____

1. Apellidos y nombres: _____

2. Dirección y teléfono _____

3. Edad _____ **Lugar y Fecha de nacimiento:** _____

4. Sexo: M ____ F ____

5. Grado de instrucción:

A. Alfabeta ____ B. Analfabeta ____ C. Primaria _____

D. Secundaria ____ E. Especial ____ G. Otros _____

6. Referencia:

Paciente ____ Familiar ____ Médico general ____

Psiquiatra ____ Hospital General ____ Departamento ____

Servicio ____ Otro _____

7. Acompañante:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Parentesco: _____

8. Problemas por salud física: _____

9. Intentos previos: Si: ____ No: ____



Número: _____. Causas externas: _____

10. Intentos previos: Motivación:

La misma del primer intento _____ Diferente Explicar _____

11. Problemas referentes al grupo familiar de apoyo:

Problemas de salud familiar _____

Perturbación familiar (separación, divorcio, abandono, cambio de hogar, nuevo integrante familiar) _____

Conflicto con padres, hermanos u otro integrante familiar _____

12. Motivación:

Problemas Familiares:

a) Con los padres: _____. b) Con los Hermanos: _____

c) Maltrato físico: _____.

Embarazo: _____

Problemas de conducta _____

Abuso sexual _____

Sentimental (noviazgo) _____

Sentimiento de rechazo: a) Familiar _____ b) Social _____

13. Problemas relativos a la enseñanza:

a) Problemas académicos _____

b) Conflicto con compañeros, profesores de clases _____

c) Ambiente escolar inadecuado _____

14. Problemas por uso o abuso de alcohol y/o drogas: _____

15. Sintomatología psiquiátrica presentes antes del intento:

Angustia _____ Depresión _____ Irritabilidad _____

Insomnio _____ Poca concentración _____

Agresividad e Impulsividad _____

16. Nivel socioeconómico _____

17. Intencionalidad _____

18. Método utilizado _____



TEST DE INTERRELACION FAMILIAR

- Apoyo familiar Si_____ No_____
- Estrés Familiar Si_____ No_____
- Rechazo Paterno Si_____ No_____
- Altas expectativas paternas Si_____ No_____
- Menos refuerzos Si_____ No_____
- Falta de cohesión familiar Si_____ No_____
- Actividades conjuntas Si_____ No_____
- Expresión de sentimientos Si_____ No_____
- Control estricto Si_____ No_____
- Castigo Si_____ No_____
- Abuso físico Si_____ No_____
- Abuso sexual Si_____ No_____
- Sobreprotección Si_____ No_____
- Padres dominantes Si_____ No_____
- Control laxo Si_____ No_____



**LISTA DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES
BASADOS EN EL DSM-IV-TR.**

- 1.- Problemas relativos a grupos primarios de apoyo:
 - Problemas de salud familiar: si__ no__
 - Perturbación familiar: si__ no__
 - Conflicto con padres, hermanos u
otro integrante familiar: si__ no__
 - Abuso sexual o físico: si__ no__

- 2.- Apoyo social o familiar inadecuado si__ no__

- 3.- Problemas relativos a la enseñanza si__ no__

- 4.- Conflictos con los compañeros o
profesores de clases si__ no__

- 5.- Apoyo escolar inadecuado si__ no__

- 6.- Problemas económicos si__ no__

- 7.- Problemas para adaptarse a
Situaciones sociales si__ no__



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	Factores Psicosociales y Ambientales Asociados con Intento Suicida en Menores entre 7 y 14 Años. Centro de Salud Mental Ciudad Bolívar, Estado Bolívar
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / E MAIL
Reyes, Arturo N.	CVLAC: 5.555.852 E MAIL: Armed9095@gmail.com
	CVLAC: E MAIL:
	CVLAC: E MAIL:
	CVLAC: E MAIL:

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Factores psicosociales,
Factores ambientales,
intento suicida,
salud mental.



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÁREA	SUBÁREA
Medicina	Psiquiatría

Resumen (abstract):

El propósito de este estudio fue evaluar los factores psicosociales y ambientales asociados a la conducta suicida en menores entre 7 y

14 años con intento suicida. El intento suicida es todo hecho mediante el cual un individuo se causa a sí mismo una lesión, de forma no accidental, cualquiera sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil, no causando la muerte del individuo. La conducta suicida en niños es un fenómeno de interés y un problema de Salud Pública. El intento suicida en menores entre 7 y 14 años es relativamente raro, pero se ha venido observando un incremento en varias regiones del mundo. Los factores psicosociales y ambientales pueden constituir un poderoso factor generador de conductas suicidas, ya que los cambios sociales destructivos y desestabilizadores, pueden ser causantes de desarticular la familia, generar estrés y a la vez limitar el apoyo que se le puede ofrecer al niño. Por lo que se hace necesario reconocer las interacciones entre los agentes productores de tensión o estrés social y desarrollar mecanismos que permitan detectar quienes se encuentran en riesgo suicida. El objetivo de este trabajo es determinar la responsabilidad de los factores psicosociales y ambientales asociados a la conducta suicida en menores entre 7 y 14 años con intento suicida. Se utilizó un diseño de investigación tipo descriptivo, evaluativo, inductivo y de campo de corte transversal. En un universo de 24 pacientes con intento suicida que acudieron al Centro de Salud Mental con edades comprendidas entre 7 y 14 años, procedentes de Ciudad Bolívar, con o sin diagnóstico asociado, durante el lapso de Setiembre 2007 a Setiembre 2009, se procedió a la recolección de datos a través de una encuesta tipo lista de cotejo para los problemas psicosociales y ambientales sobre la base del DSM-IV-TR, una ficha clínica elaborada por el investigador, un test de interrelación familiar y una escala de Intento Suicida de Beck, Schuyler y Herman que mide la severidad del intento suicida. Estos instrumentos fueron llenados por el paciente y/o familiar a través de la Consulta Externa del Centro de Salud Mental y/o visitas domiciliarias. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: los hallazgos demuestran que el total de pacientes con intentos suicidas objetos de estudio, están asociados a problemas psicosociales y ambientales. El mayor número de pacientes con intento suicida pertenece al sexo femenino. Concentrándose el mayor número de casos entre el grupo etáreo de 12 a 14 años. La mayoría de los pacientes presentaron problemas académicos. La separación de los padres representó el tipo de motivación más frecuente. El método utilizado más frecuente fue la ingesta y el más observado en el sexo femenino. Todos los pacientes presentaron síntomas psiquiátricos previos en su mayoría depresivos y de agresividad e impulsividad. Todos presentaron problemas de interrelación familiar. El nivel de severidad moderado presentó un 91,7%. Las correlaciones más frecuentes correspondieron a síntomas depresivos, intentos previos, conflicto familiar, ausencia del padre o la madre por separación, género femenino, dificultad económica y disfunción familiar.



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
Conquista L., Norma	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
	CVLAC	V-8.365.727
	e-mail	Nconquistalira3@cantv.net
	e-mail	
Grau V., Miguel	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
	CVLAC	V-8.887.445
	e-mail	Graum1473@gmail.com
	e-mail	
Ramos, Félix M.	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
	CVLAC	V-5.076.178
	e-mail	psiquiatra@hotmail.es
	e-mail	

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

AÑO	MES	DÍA
2010	03	04

LENGUAJE. SPA



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis. Factores Psicosociales y Ambientales Asociados con Intento Suicida en Menores entre 7 y 14 Años. Centro De Salud Mental Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.doc	MS.word

ALCANCE

ESPACIAL Servicio de Psiquiatría del Hospital Psiquiatrico Ciudad Bolivar

TEMPORAL: 5 Años

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Postgrado en Psiquiatría

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Especialista en Psiquiatría

ÁREA DE ESTUDIO:

Psiquiatría

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 grados.
“Los trabajos de grados son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizados a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al consejo universitario”.

Dr. Arturo Reyes

AUTOR

AUTOR

DRA. Norma Conquista

TUTOR

Dr. Félix Ramos

JURADO

Dr. Miguel Grau

JURADO

Dra. Norma Conquista

JURADO

POR LA SUBCOMISION DE POST-GRADO