



**República Bolivariana De Venezuela
Universidad De Oriente
Núcleo Bolívar
Escuela De Ciencias De La Salud
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
Departamento De Salud Mental**

**FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN LA CONDUCTA
SUICIDA DE LOS ADOLESCENTES. MATURÍN, ESTADO
MONAGAS. DICIEMBRE 2009 – JULIO 2010.**

**ASESOR:
Dra. Norma Conquista**

**Trabajo de Grado presentado por:
Pérez Benítez, María Fernanda
C.I.: 16.809.892
Vásquez Sánchez, Pedro Agustín
C.I: 15. 877.425
Como Requisito para optar al Título de
Médico Cirujano.**

Ciudad Bolívar, Agosto de 2010.



ÍNDICE

ÍNDICE	ii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
DEDICATORIA	vi
RESUMEN	vii
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	23
OBJETIVOS	25
Objetivo General:	25
Objetivos Específicos:.....	25
METODOLOGÍA	27
Diseño de Investigación	27
Prospectivo, transversal, descriptivo y de campo.	27
Universo y Muestra.....	27
Técnicas de Recolección de Datos.....	27
RESULTADOS	30
Cuadro N° 1.....	30
Cuadro N° 2.....	31
Cuadro N° 3.....	32
Cuadro N° 4.....	33
Cuadro N° 5.....	34
Cuadro N° 6.....	35
Cuadro N° 7.....	36
Cuadro N° 8.....	37
Cuadro N° 9.....	38
Cuadro N° 10.....	39
Cuadro N° 11.....	40



Cuadro N° 12.....	41
Cuadro N° 13.....	42
Cuadro N° 14.....	43
DISCUSIÓN	44
CONCLUSIÓN.....	51
RECOMENDACIÓN.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55



AGRADECIMIENTO

A todos los Alumnos por permitirnos llegar hasta ellos y apoyarnos en el logro de este estudio.

A la Doctora Norma Conquista, por su receptividad desde el inicio de este trabajo de investigación, y su valiosa orientación para el cumplimiento exitoso del mismo.

A la Profesora Petra Alfonso, Directora de la Unidad Educativa “Padre Claret”, por admitir la realización del presente estudio dentro de la institución.

Al Profesor José Rondón, Director de la Escuela Técnica Industrial Bolivariana, por consentir la realización de esta investigación en las instalaciones del plantel.

A la Ingeniera Sonia Díaz, persona de admiración, por su apoyo y asesoría en metodología y estadística.

Al Ingeniero Noel Ruiz, por su asesoría en metodología y estadística.

*María Fernanda Pérez Benítez.
Pedro Agustín Vásquez Sánchez*



DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso y a la Virgen Del Valle, quienes me dieron la fé, fortaleza, sabiduría, salud y esperanza día a día para alcanzar mis metas.

A mis Padres, a quienes amo y adoro, Franly Benítez de Pérez y Fernando Pérez, quienes me dieron la vida y me enseñaron a cultivar grandes logros con el paso de los años, dándome su apoyo y cariño para seguir adelante exitosamente en esta gran etapa de mi vida. Gracias por todas las enseñanzas que me han dado.

A mi Hermano, Fernando Pérez, que siempre me ha apoyado y ha brindado todo su cariño.

A mi abuelita Olympia de Benítez (QEPD), quien siempre me motivó a seguir adelante y a quien prometí que terminaría mis estudios. Promesa cumplida.

A mis segundos padres, Sonia Díaz de Pifano e Igor Pifano, a quienes les doy gracias por brindarme el calor de su hogar y colmarme de bendiciones.

A Vanessa Pifano, a quien considero como una hermana, gran amiga y compañera de estudio, gracias por estar a mi lado y compartir gran parte de mi vida.

A Ariagnes Corona, Raquel Villarroel, Katherine Tomedes y Nilher García, por ofrecerme su amistad incondicional y estar junto a mí en todo momento.

María Fernanda Pérez Benítez.



DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso y a la Virgen, que siempre me han guiado en el camino del bien y por escuchar mis peticiones durante toda mi vida.

A mi madre Iris, mujer ejemplar y mi padre Dionisio hombre de ejemplo, que día a día guían y aconsejan en el bien a todos mis hermanos.

A mis hermanos, Dioniris, Jorge, Rodolfo y Dionisio, les dedico mi triunfo.

A mis sobrinos, Jesús Alejandro, Ana Verónica, Ana Paula, Francis Johana, Ana Virginia, José Francisco y Diego Andrés, sirva este mi triunfo de ejemplo a todos ustedes.

A mi novia Damaris Alarcón, parte de este triunfo te lo dedico a ti, gracias por existir y estar a mi lado en todo momento.

A mi padrino Francisco Avilé, por siempre estar pendiente de mis pasos.

A mis tías Mariana y María, por todas las cosas buenas que han brindado.

Pedro Agustín Vásquez Sánchez.



**FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN LA CONDUCTA
SUICIDA DE LOS ADOLESCENTES. MATURÍN, ESTADO
MONAGAS. DICIEMBRE 2009 – JULIO 2010.**

AUTORES:

**Pérez Benítez, María Fernanda.
Vásquez Sánchez, Pedro Agustín.**

RESUMEN

En las últimas décadas la conducta suicida en jóvenes se ha incrementado en el ámbito mundial, y Venezuela no está exenta de ello. Razón por la cual, se realizó este estudio con el objetivo de Determinar los Factores de Riesgo Psicosociales en la Conducta Suicida de los Adolescentes en la Institución Privada Unidad Educativa “Padre Claret” e Institución Pública “Escuela Técnica Industrial Bolivariana”, en Maturín, Estado Monagas. Se diseñó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y de campo, aplicado a 140 alumnos del 9no grado al 2do del Ciclo Diversificado, en edades entre 14 y 19 años. Para la recolección de datos se diseñó una encuesta, cuyo contenido refleja variables sociales y epidemiológicas, así como el Cuestionario de Indicadores de Riesgo de Guibert y Del Cueto, la Escala de Desesperanza de Beck y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y HM Van Praga. Se obtuvo que el 7,14% manifestó intento suicida previo, prevaleciendo el sexo femenino con 40,0% a los 14 años (30,0%), a predominio de la Institución Privada (60,0%). La familia monoparental predominó en 37,9%. La Falta de Apoyo Social y Familiar preponderó en un 52,8% como factor de riesgo, seguida por Desesperanza y Culpa (35,6%), Depresión Mayor (35,0%) e Impulsividad (30,6%). La Escala de Riesgo Suicida de Plutchik demostró que el 16,4% tiene alto riesgo suicida y según la Escala de Beck presentó riesgo el 53,6%. Se concluyó que la detección precoz de los factores de riesgo en las Instituciones Educativas es primordial con el fin de evitar el incremento de las conductas suicidas.

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



INTRODUCCIÓN

El Suicidio ha existido desde la misma historia de la humanidad, siendo considerado de distintas maneras entre las diferentes culturas, aunque algunas de ellas son muy parecidas, las mismas culturas han incluso modificado su propio significado al pasar de los años, retomando o abandonando posturas anteriores. Etimológicamente proviene del latín: Sui “si mismo” y caedêre “matar”, es la conducta “del autoasesinato” o provocarse la muerte a sí mismo (Montesino, 2004).

El fenómeno del suicidio ha ido emergiendo en el devenir de la historia bajo diferentes explicaciones, concepciones y creencias, permitiendo que dicho acto sea ritualizado de manera cambiante dependiendo del contexto, no solo como campo de interacción, sino también como campo social donde se incorporan sistemas simbólicos, estructuras y prácticas que constituyen a su vez, un referente, un sistema convencional y un orden que posibilita el intercambio de significaciones (Montoya, 2008).

Para los filósofos existencialistas, el suicidio es la expresión máxima de la dignidad humana y es la forma de expresar el hombre su libertad. En contraposición, el suicidio ha sido la muerte más repudiada. En la época de la Antigua Grecia, al cadáver se le amputaba la mano con la que se había cometido el acto suicida y se enterraba en un sitio alejado, sin ceremonias fúnebres. Los atenienses que tenían la costumbre de orientar el rostro del muerto hacia el oriente, cuando se trataba de un suicida no dirigían su rostro en esa dirección. En Europa, durante la edad media, la cabeza del suicida era arrastrada por las calles y se exponía en la plaza pública como medida de escarmiento para desalentar el comportamiento suicida en el resto de habitantes (Mosquera, 2006).



En el siglo XIX y XX, después de la aparición de diferentes disciplinas que se interesaran por el tema del suicidio, no deja de ser polémico y con diversas explicaciones. Cada campo lo sustenta desde sus propios dogmas, desde su propio discurso, desde su propia cosmovisión, dando lugar a la pluralidad de significaciones, por algunos considerados como un mal de la modernidad, para otros solo una muestra de libertad, un escape individual de una realidad que aqueja y sobre la cual se decide (Montoya, 2008).

El suicidio debe ser considerado un hecho de causa multifactorial en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. Según los conocimientos actuales, éste es expresión de una falla de los mecanismos adaptativos del sujeto en su medio ambiente, provocada por una situación conflictiva actual o permanente que genera un estado de tensión emocional (Ártales *et al.*, 1998).

El problema de salud “Suicidio” viene afectando a la humanidad de manera importante en las últimas décadas, las estadísticas oficiales y los centros de tratamientos médicos muestran un aumento de las tasas, sobre todo en los ancianos y jóvenes (Cortés, 1997).

Han sido muchos los médicos, psicólogos y sociólogos que han dedicado sus investigaciones al suicidio, presente siempre en la historia de la humanidad, que se incrementa a escala mundial causando la pérdida de aproximadamente un millón de vidas cada año, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos (Guibert y Del Cueto, 2003).

En la Adolescencia, el suicidio se ha convertido en un problema de salud, observándose un dramático incremento de sus tasas, fundamentalmente en el sexo masculino. Las explicaciones que se han dado a este fenómeno son: el reflejo de los



cambios sociales, una mayor disponibilidad de medios, el incremento de estos medios, el abuso del alcohol y otras drogas (Cortés, 1997).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que al menos 1.110 personas se suicidan cada día y lo intentan cientos de miles, independientemente de la geografía, cultura, religión, etnia. A su vez, alerta sobre el incremento de las tasas de suicidio como una tendencia creciente sobre todo en la población joven, planteando que cada 42 segundos alguien hace un intento suicida con ocurrencia del suceso, cada 17 minutos sobre todo en jóvenes entre 10 y 14 años de edad, los que en determinado momento de su existencia sienten que la vida no tiene sentido por diferentes causas entre las que están: enfermedades físicas o mentales, la pérdida de una relación valiosa, un embarazo oculto o no deseado, las dificultades cotidianas de un mundo convulso; convirtiendo al suicidio en la mejor y única opción para ellos (Aguilar y Barreto, 2006).

A escala global, el suicidio representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad, pero las pérdidas van mucho más allá. En la Región del Pacífico Occidental representa el 2,5% de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades. En la mayoría de los países de Europa, el número anual de suicidios supera al de víctimas de accidentes de tránsito. En el 2001 los suicidios registrados en todo el mundo superaron la cifra de muertes por homicidio (500 000) y por guerras (230 000) (OMS, 2004).

Entre los países que informan sobre la incidencia de suicidios, las tasas más altas se dan en Europa del este, y las más bajas en América Latina, los países musulmanes y unos cuantos países asiáticos. Se dispone de poca información sobre el suicidio en los países africanos. Se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no se dispone de datos



fiables sobre el verdadero alcance. Las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años. Exceptuando las zonas rurales de China, se suicidan más hombres que mujeres, aunque en la mayoría de lugares los intentos de suicidio son más frecuentes entre las mujeres (OMS, 2004).

La problemática suicida en adolescentes representa un problema de salud pública en varios países del mundo, y México no es la excepción. Desafortunadamente, los registros oficiales de salud no aportan datos específicos sobre este problema, dado que reportan estadísticas según sexo y edad, pero no según tipo de población (como aquella en edad escolar). Lo anterior justifica la importancia de establecer registros sistemáticos y periódicos que permitan identificar la prevalencia del intento suicida en la Ciudad de México (González *et al.*, 2002).

Por tal motivo, en México se realizó un estudio desde 1997 hasta el año 2000, donde se seleccionaron aleatoriamente escuelas de cada una de las 16 delegaciones políticas del país, basado en un diseño estratificado, bietápico y por conglomerados; el nivel educativo se consideró como la variable de estratificación: secundarias, bachilleratos y escuelas técnicas en el nivel de bachillerato. La unidad de selección en la primera etapa fueron las escuelas, y en la segunda, el grupo escolar al interior de éstas. La muestra final empleada para el estudio de 1997 fue de 10,173 estudiantes y para el del 2000, de 10,578. Para indagar acerca del intento suicida y sus características, se aplicaron indicadores evaluados previamente con el fin de conocer la ocurrencia del intento y el número de veces en la vida, la edad al momento del único o último intento, los motivos y los métodos. En 1997, la prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes en la Ciudad de México fue de 8,3% (N=849) y en el 2000 se incrementó a 9,5% (N=1,009). Esta problemática fue más frecuente en las mujeres (más de tres por cada varón). En el nivel de bachillerato, las prevalencias fueron mayores; sin embargo, las edades del único/último intento informado indican



que, en su mayoría, los intentos ocurrieron en los años finales de la escuela primaria y/o durante la secundaria (González *et al.*, 2002).

Hubo mayor predominio de intento suicida en estudiantes de escuelas privadas, en especial en los bachilleratos. Si bien la problemática suicida en estudiantes fue más frecuente en las mujeres, se observó que tanto en los hombres como en las mujeres informados de intento, fue similar el perfil de las características del intento suicida en cuanto a: edad: ocurrencia del único/ último intento entre los 10 y 15 años; recurrencia: una de cada cuatro mujeres con intento en ambas mediciones; en los varones, la proporción de uno por cada cinco obtenida en 1997, aumentó a uno de cada tres en 2000; motivos: un claro predominio en la esfera interpersonal (problemas familiares), seguida por la esfera emocional (sentimientos depresivos); métodos: el más frecuente y con una tendencia al aumento fue cortarse con un objeto punzocortante (frecuentemente, un cutter o un pedazo de vidrio); y letalidad: casi la tercera parte de los(as) estudiantes descritos expresó deseo de morir y casi la mitad indicó que no le importaba si vivía o moría (González *et al.*, 2002).

En Cuba, el suicidio ha ido aumentando durante las últimas décadas, con una tasa de 22 suicidios por cada 100.000 habitantes en 1984. Desde ese momento ha tenido etapas de incremento descritas en 1987, en otras ha descendido o se comporta de manera estacionaria, sin embargo, es la tercera causa de muerte en el grupo de edad entre 15-49 años (Guibert y Del Cueto, 2003).

Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, de corte transversal tipo caso-control, con una muestra de 138 personas comprendidas entre edades de 12 y 85 años, formada por 46 personas que realizaron intento suicida, en el área de salud de los policlínicos Docentes "Reina" y "Van Troi", del municipio Centro Habana-Cuba en el período comprendido entre Enero de 1998 y Diciembre de 1999, y un grupo control de 92 personas, aparentemente sanas, que en los últimos 3 años no habían realizado



intento suicida. Se les aplicó un cuestionario de indicadores de riesgo diseñado por los autores, validado por criterios de expertos, que recoge variables epidemiológicas generales como: sexo, edad, raza, estado civil y escolaridad, y variables indicadoras de los factores psicosociales esenciales de riesgo de la conducta suicida como son: desesperanza y culpa, depresión mayor, impulsividad, hostilidad, falta de apoyo social y familiar, presagio, amenaza o proyecto suicida, antecedentes de suicidio familiar y antecedente personal de intento suicida. El sexo femenino predominó entre los intentos suicidas con un 60,8 % del total. En relación con la edad, el grupo más afectado correspondió a las edades comprendidas entre 25 y 39 años con un 41,3 % y se encontró un predominio en personas de raza blanca 58,69 % (Guibert y Del Cueto, 2003).

Con relación a la escolaridad el mayor porcentaje de suicidio fue entre los preuniversitarios con 41,3 %, precedidos por los graduados de secundaria con un 36,96 %. Los solteros son los que realizan intentos suicidas más frecuentes con un 56,52 %. Referente a los factores psicosociales de riesgo esenciales para la conducta suicida, la desesperanza y la culpa son mayoritarias en los casos, pues ocupan un 71,7 %. La depresión mayor es más frecuente en los casos estudiados, con un 73,91 %, el factor de riesgo presagio, amenaza o elaboración de un proyecto suicida aparece en un 54,3 %, el factor falta de apoyo social y familiar está presente en el 58,07 %, la hostilidad está presente en la mayoría de los casos ocupando un 63 %, la impulsividad está presente en el 65,2%, el antecedente de suicidio familiar está presente en el 30,4 % de los casos y el antecedente de intento suicida previo existe en un 88 % de los casos (Guibert y Del Cueto, 2003).

Otro estudio realizado en Cuba por Álvarez *et al.*, (2006), descriptivo de corte transversal, para identificar algunos factores de riesgo suicida en adolescentes de un área de salud de la capital cubana en el año 2004. El universo estuvo constituido por los alumnos que asisten a Secundarias Básicas ubicadas en el área y por los



profesores generales integrales que imparten clases a estos estudiantes. Se aplicó una encuesta a 364 adolescentes, entre estudiantes y profesores. Entre los resultados relevantes destacan que del total de encuestados, 25 jóvenes (6,9 %) han pensado atentar contra su vida y 13 (3,6 %) lo han intentado (3 de ellos, más de una vez), presentando valores superiores en las féminas. Se observó además, que 25 encuestados refirieron tener algún familiar o amigo con intento suicida o suicidio. La mayoría de los jóvenes encuestados (72 %) considera que el suicidio no resuelve los problemas y 18 % opina que es un modo de evadir las responsabilidades; 2,4 % ve el suicidio como un medio de solución a sus problemas y 16 % no sabe ni tiene opinión alguna sobre este particular.

En Colombia, el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003 informó que la prevalencia de intento suicida alguna vez en la vida fue 4,9 %, y de ideación suicida de 12,3 % (Pérez *et al.*, 2008).

En la Ciudad de Manizales-Colombia se realizó un estudio con la finalidad de medir el riesgo suicida y los factores implicados, de tipo corte transversal, cuya muestra fue de 339 alumnos cursantes de 6° a 11° grado matriculados en los Colegios de dicha ciudad, en los años 2007 y 2008. Las variables consideradas fueron: género, nivel socioeconómico, edad (adolescencia temprana de 10-14 años, media de 15-17 años y tardía de 18-21 años), tipo de familia (nuclear, monoparental, extensa), año escolar (de 6to grado a 2do año), antecedentes de conducta suicida, tabaquismo, riesgo suicida medido con la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y HM Van, riesgo suicida medido con Escala de Desesperanza de Beck. Los resultados arrojaron que el 56,8% de los participantes fueron hombres y el 43,2% mujeres, a predominio entre 8 y 14 años de edad, con promedio de 14,1 años. Respecto a la tipología familiar la mayoría fueron nucleares con 41,8%, seguidas de las uniparentales con 20,9%. Se observó que el 10,2% habían efectuado un intento suicida, el 12,8% presentaron



riesgo suicida y 19,9% tenían antecedentes familiares de intento suicida (Fuentes *et al.*, 2009).

Con relación a la buena función familiar el 31,6% contaba con ella, mientras que la disfunción familiar severa ocupó un 11,4%. La escala de Desesperanza de Beck mostró un 1,4% de alto riesgo y un 59% sin riesgo, mientras que la Escala de Plutchik reportó un alto riesgo con 12,8% de la población. En lo referente a trastornos psiquiátricos 16,6% presentaban ansiedad y 2,9% depresión. La dependencia al alcohol mostró un 39,2%, seguida por el consumo de drogas en un 8,8% y un 15,5% dependiente del tabaco. Este estudio concluyó que ser mujer, tener una disfunción familiar severa, antecedentes personales o familiares de intento suicida, consumir sustancias psicoactivas o padecer algún trastorno psiquiátrico como ansiedad y depresión mayor, aumentan el riesgo suicida (Fuentes *et al.*, 2009).

En Venezuela, el suicidio en adolescentes, se encuentra en los Anuarios de Estadística y Epidemiología entre las primeras 10 causas de mortalidad general, siendo en 1995 la 8va causa y en menos de 6 años, para el 2001, representó la 5ta causa. Actualmente es la 4ta causa de mortalidad, con mayor prevalencia en el género masculino, entre 15 y 24 años. Y se encuentra entre los siete primeros países de Suramérica en relación al suicidio entre adolescentes. La relación intento vs. suicidio consumado es de 3:1, a predominio femenino (Montiel, 2006).

En Venezuela, se han realizado diversos estudios entre los que se destaca el realizado por la Dra. Norma Conquista (2008), del tipo descriptivo, no experimental y multimodal, el cual se llevó a cabo en el Centro de Salud Mental del Complejo Hospitalario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar, donde fueron evaluados 26 adolescentes con edades comprendidas entre 10 y 20 años; se encontró que 92,4% corresponden al sexo femenino, 42,3% tenían entre 10 y 14 años de edad, seguido del rango entre los 15 y 17 años con un 38,4% y 50% cursaba educación básica, con 80,7% de



adolescentes solteros. El diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue trastorno depresivo mayor 80%, y 36% de comorbilidad con: psicosis, trastorno de conducta, dependencia a sustancia y abuso sexual. Los rasgos de personalidad premórbida detectados en el 15% histriónicos, 12% límite y 19% impulsividad. El 65% informó conductas suicidas previas. El método utilizado fue ingestión de psicofármacos en un 66%. Analizando el total de la muestra, el grupo etáreo 15-17 años presentó mayor prevalencia en cuanto a: Abuso sexual 15,4%, y concubinato 19%, el 26,9% de los pacientes buscaron ayuda especializada; 65% no presentaron patología médica psiquiátrica, 12,9% consumen alcohol y 15,4% drogas. En conclusión existe enfermedad mental diagnosticable en adolescentes suicidas femeninas.

Por su parte, Cividantes (2007) realizó un estudio del tipo retrospectivo y de campo, el cual se llevó a cabo en el Centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar, donde se evaluaron 17 pacientes adolescentes entre 12 y 19 años de edad; se encontró que el número de adolescentes con intentos de suicidio se ubican entre los 15 y 17 años de edad en un 52,8%, y pertenecen al sexo femenino. Los Adolescentes con la tentativa de suicidio más alta están representados por los que pertenecen a hogares desintegrados con un 23,5%. El mayor número de intentos de suicidio en adolescentes, pertenecen a familias desligadas con un número de 9 pacientes que representó un 52,9%; mientras, que 8 casos de adolescentes que pertenecían a familias con estructura rígida, correspondió al 47,0%. Por lo que es importante relacionar el tipo de familias y las interacciones con sus miembros en cuanto se refiere a evaluar adolescentes y desarrollar programas de salud mental en el ámbito comunitario para mejorar las relaciones en el núcleo familiar.

Los factores de riesgo asociados con la conducta suicida emergen de una variedad de orígenes. Algunos parecen estar relacionados con factores genéticos o hereditarios. Sin embargo, el suicidio aparece en familias independientemente de otras condiciones psicopatológicas hereditarias como los trastornos afectivos,



esquizofrenia o abuso de alcohol. Otros factores de riesgo están aparentemente ligados a factores ambientales como la disponibilidad de métodos letales o la ruptura de relaciones emocionales importantes (Oquendo y Mann, 2003).

De acuerdo con las investigaciones científicas más actuales, los factores psicosociales de riesgo individuales que son esenciales en la ocurrencia de un intento suicida son: presencia generalizada de sentimientos de desesperanza y culpa, presencia de depresión mayor, personas que han sobrevivido al intento suicida, personas que han llamado la atención por presagiar o amenazar con el suicidio (proyecto suicida), antecedentes familiares de suicidio o de intento, personas sin apoyo social y familiar, presencia de impulsividad o de ansiedad y hostilidad (Guibert, 2002). La conducta suicida se encuentra influida por numerosos factores biológicos, psicológicos y sociales y se deriva directamente de la voluntad del individuo (Sarracent y Corpiño, 2006).

La OMS en su clasificación internacional de enfermedades define dicha conducta como “Un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y siendo considerado el resultado por el autor como instrumento para obtener cambios deseables en su actividad consciente y medio social”, se puede observar que para la definición de conducta suicida es indispensable que la víctima coincida con el agresor y que sea conocedora de los resultados fatales a los que puede llevar su actuación (Sarracent y Corpiño, 2006).

Diferentes teorías han tratado de encontrar el porqué de esta controvertida conducta que resulta tan inexplicable por oponerse al instinto básico de conservación que posee el ser humano. Existen corrientes biológicas, psicológicas y sociales cuyos representantes al tratar de explicar la etiología de esta conducta, convergen hoy con el criterio de que la etiología de la conducta suicida es multifactorial y que el valorar



cada factor independiente solo resta posibilidad de detectar a tiempo a un posible suicida (Sarracent y Corpiño, 2006).

El suicidio es el resultado de un acto de la víctima dirigido contra su propia vida, acto que puede ser una lesión autoproducida o la realización de una actividad extremadamente peligrosa que, con toda probabilidad, conduce a un accidente fatal. Otro tipo de suicidio es el que se conoce como submeditado, en donde la intención de morir no es consciente, de manera que la víctima -sin reconocerlo- se autodestruye lentamente. Es el caso de las personas que padecen una enfermedad provocada por sentimientos negativos o estados emocionales que afectan la salud física. Otra forma indirecta de autodestrucción consiste en la ingestión de sustancias dañinas para la salud como drogas, alcohol y tabaco (Castillo y Ledo, 2007).

En el intento suicida, el joven no desea morir pero, quiere comunicar algo por medio del suicidio y, así, cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean. Puede ser un intento por atraer el interés de los demás o un medio para expresar sus sentimientos de enojo. En la gran mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente y que, generalmente, éste exterioriza llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse en forma verbal, por medio de amenazas o de fantasías; o no verbal, en donde surgen desde verdaderos intentos de autodestrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos y menos directos. Estas llamadas de auxilio se dirigen frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular, controlar o expresar algún mensaje a dichas personas, y con ello se espera provocar una respuesta particular. El joven intenta producir acciones o sentimientos particulares en las personas que lo rodean o pretende avergonzar o despertar sentimientos de culpa en ellos (Castillo y Ledo, 2007).



El intento suicida, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación (IAE) o autolesión intencionada (deliberate self harm), se ha definido como aquel acto sin resultado de muerte en el que un individuo, de forma deliberada, se hace daño a sí mismo (Pérez, 1999).

Los intentos de suicidio, son más frecuentes en las mujeres en comparación con los hombres; más de un 70% en las mujeres, frente a un poco más del 20% en hombres. En tanto que en el suicidio consumado, la proporción se invierte, hallándose casi 65% en hombres frente al 35 a 36% de las mujeres. En las mujeres hay mayor frecuencia de intoxicaciones exógenas (sobredosis de medicamentos, de sustancias psicoactivas o de venenos y de inhalaciones de gases, tipo monóxido de carbono) que en los hombres; en éstos, se emplean más comúnmente, las armas de fuego, el ahorcamiento o la asfixia (también con gases) y las caídas desde grandes alturas. Claro que también se ha venido observando un incremento en el uso de armas de fuego en las mujeres pero en general, en el hombre hay más proclividad a los actos violentos. De la misma manera se puede observar que en los adolescentes el suicidio consumado ocurre con una frecuencia de más o menos cinco veces más en los varones que en las jóvenes pero la tasa de intentos es casi tres veces mayor en estas últimas que entre los varones (Chalela, 2008).

La adolescencia es un período del desarrollo del ciclo vital con mucho estrés y grandes cambios biopsicosociales, tales como: cambios en el cuerpo, en las ideas y en los sentimientos. Un estrés intenso, confusión, miedo e incertidumbre, factores económicos y la presión por el éxito influye en las capacidades del adolescente para resolver problemas y tomar decisiones. En algunos adolescentes, los cambios normales del desarrollo, acompañados por otros eventos en la familia como el divorcio o la mudanza a una nueva comunidad, cambios de amistades, dificultades en la escuela u otras pérdidas, pueden causar gran perturbación y resultar abrumadores. Para algunos, el suicidio aparece como una solución a los problemas que se le



presentan en la corta vida que han tenido, lo que se denomina una “visión de túnel” o “desesperanza” (Cervantes y Melo, 2008).

Durante esta etapa, el adolescente se siente muy inseguro en razón de su desarrollo corporal y, en ocasiones, puede llegar a sentir que su cuerpo es algo aparte de él. De hecho, siente la necesidad de dominar su cuerpo que se encuentra en constante cambio; pero como puede vivir su cuerpo como un objeto casi externo y extraño, siente que en el momento del intento suicida su cuerpo no es el que realmente recibe la agresión ni que canaliza hacia él sus tendencias agresivas y destructivas. Por otro lado, durante la adolescencia, el individuo abandona gran parte de sus ideas e imágenes infantiles, tan importantes para él durante todo su desarrollo anterior (Castillo y Ledo, 2007).

De esta manera el intento suicida puede ser la representación de su trabajo de duelo. De acuerdo con Aberastury, durante la adolescencia se elaboran tres duelos básicos: a) el duelo por el cuerpo infantil, b) el duelo por la identidad y el rol infantil, y c) el duelo por los padres infantiles, es decir, el duelo por la imagen con que percibía a sus padres durante la infancia. En una situación ideal, la elaboración de estos duelos permitirá que el adolescente continúe con su desarrollo. El suicidio de los adolescentes puede tener varios significados, aparte de los mencionados. Éstos son aplicables a todas las edades de la vida, pero debe advertirse que, en función de la madurez del individuo, hay significados que se aplican preferentemente a ciertos períodos de la vida (Castillo y Ledo, 2007).

El Clima Social familiar desempeña una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos (Cervantes y Melo, 2008).



La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo de la persona, la cual depende de ella para su supervivencia y crecimiento. No se desconoce con esto otros tipos de familia que han surgido en estas últimas décadas, las cuales también enfrentan desafíos permanentes en su estructura interna, en la crianza de los hijos/as, en su ejercicio parental o maternal. Por mencionar algunas, la familia de madre soltera, de padres separados las cuales cuentan con una dinámica interna muy peculiar. Existen varias formas de organización familiar y de parentesco, distinguiéndose (Saavedra, 2010):

- La familia nuclear o elemental: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

- La familia extensa o consanguínea: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

- La familia monoparental: es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.



- Otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etcétera, quienes viven juntos en la mismo espacio por un tiempo considerable (Gough *et al.*, 1974).

Hoy en día, la problemática de las familias monoparentales es muy amplia y repercute en muchos ámbitos de la vida cotidiana. La situación de estas familias no es homogénea, pero el hecho de que estén encabezadas por sólo uno de los progenitores (generalmente la mujer) supone una problemática común, aunque en cada caso puede estar más o menos agravada según las circunstancias de cada cual y de ciertas variables como nivel educativo y de ingresos, actividad laboral (Romero, 1998).

En un estudio realizado por Kurtz y Derevensky (1993), se observó que el riesgo de cometer suicidio en familias con un solo padre era mayor que en las familias con ambos padres, sobre todo en el caso de jóvenes adultos del sexo masculino. Así mismo se ha concluido que las personas que presentan conducta suicida se diferencian de aquellas que no lo presentan en una serie de variables donde sobresale las relaciones familiares caracterizadas por calidad de la relación con la madre, intimidad con los padres, y cercanía con hermanos, además de la historia familiar de depresión.

El medio familiar cuando presenta conflictos que afectan la estabilidad emocional de sus integrantes se considera un factor de riesgo relevante para el intento suicida. La familia puede volverse nociva cuando sin saberlo se convierte en un medio patógeno, es decir no cumple con su rol, cuando las relaciones entre los individuos que la componen son inadecuadas. Estas mismas relaciones no armónicas contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida. La ausencia de calidez



familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar genera que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes o depresiones (Sánchez *et al.*, 2005).

Diversos estudios han mostrado altas tasas de divorcio o separación parental entre adolescentes que han intentado suicidarse, comparados con grupos control de la comunidad no suicida. El divorcio puede tener efecto sobre el riesgo suicida al incrementar la vulnerabilidad temprana a la psicopatología, como es la depresión, que constituye un factor de riesgo para el suicidio. Alternativamente, la asociación puede emerger desde factores sociales y ambientales que incrementan tanto el riesgo de divorcio como el riesgo de la conducta suicida, como por ejemplo psicopatología parental (Larraguibel *et al.*, 2000).

El suicidio no consumado o intento de suicidio es una urgencia médica que suele llegar a la emergencia de los hospitales generales en mayor proporción que a emergencias de hospitales psiquiátricos. Esto se explica porque la mayoría de los pacientes suicidas llegan a la emergencia por envenenamiento, sobredosis de fármacos, compromiso del nivel de conciencia, heridas cortantes en el cuerpo u otros signos de autoagresión corporal, cuyo manejo inicial es salvar la vida del paciente o evitar serias complicaciones. Por tal motivo, muchos intentos de suicidios no son diagnosticados como tales, y como consecuencia estos pacientes no son evaluados desde el punto de vista psiquiátrico (Vazquéz, 2007).

La evaluación psiquiátrica debe llevarse a cabo lo antes posible. Esta recomendación es difícil de ponerse en práctica en los hospitales nacionales, donde se nota una seria deficiencia en el tratamiento que se les dá a los pacientes que ingresan a emergencias por intento de autoeliminación, ya que es necesario no sólo tratar la urgencia médica (intoxicación por ejemplo), sino que el mismo médico sea una fuente de ayuda sólida y segura, con una atención cordial y expresando su



preocupación y comprensión hacia los sentimientos que originaron en la persona la toma de esa decisión. En lugar de esto, se muestra a menudo un total desinterés y hasta un menosprecio hacia este tipo de pacientes, siendo ellos, precisamente los que más necesitarían una atención especial (Campos *et al.*, 2004).

Para una adecuada prevención del suicidio es impostergable la capacitación del médico de atención primaria, o médico de familia o médico general según se le denomine en los distintos países, porque de su trabajo en la detección, evaluación, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y remisión del riesgo de suicidio, dependerá la reducción sustancial de esta causa de muerte evitable. Es conocido que los enfermos mentales son el grupo poblacional que con mayor frecuencia comete suicidio y entre ellos los deprimidos, siendo la depresión una enfermedad del estado de ánimo, muy frecuente, la cual afecta al ser humano en su totalidad, ya sea física y emocionalmente, con repercusión social debido a la merma de la voluntad para satisfacer las demandas habituales de la vida de forma óptima. Sus síntomas más frecuentes son la tristeza, pocos deseos de hacer las cosas, la falta de voluntad, los deseos de morir, las quejas somáticas diversas, la ideación suicida, los actos de suicidios y los trastornos del sueño, el apetito y el descuido de los hábitos de aseo (Pérez, 2005).

La atención completa y continúa, dá al médico la oportunidad de obtener la información necesaria para detectar a los jóvenes que presentan riesgos de suicidio u otras conductas autodestructivas. Este modelo de servicio también ayuda a crear una relación médico-paciente con apoyo social, que puede moderar las influencias adversas que los adolescentes encuentran en su entorno (Campos *et al.*, 2004).

La gravedad de los comportamientos suicidas conlleva a la necesidad ineludible del diagnóstico precoz. Existen múltiples motivaciones en la finalidad u objetivo, que



lleva a un individuo a practicar un intento o por desgracia a la culminación de un pensamiento suicida (Chalela, 2008):

- Sensación de frustración cuando no alcanzan metas autoimpuestas.
- Evasión ante situaciones “amenazantes” que “estrechan” la visión de la vida.
- Alertar o llamar la atención buscando desesperadamente la ayuda de los demás.
- Manipulación o chantaje tratando de modificar actitudes, comportamientos o decisiones de los demás y así lograr condiciones más “favorecedoras” o aceptables.
- Soledad ya sea, como algo real o tan solo como una autopercepción que atenta con la “fuerza energética” del vivir; se da mucho en ancianos.
- Desesperanza y la anhedonia.
- Angustia, es considerada como la detonante del suicidio; lo mismo el padecer una “enfermedad” crónica o incurable.
- Adicciones o abusos tanto de sustancias alcohólicas como psicoactivas pueden generar finalmente actos suicidas; éstas pueden ser manifestaciones impulsivas como reacción de una expresión violenta auto o heteroagresiva.
- Épocas del año donde se incrementan los “balances” negativos de las gestiones personales en contextos sociolaborales o familiares que pueden incitar a conductas suicidas. Hay incremento de suicidios en primavera y otoño
- Situaciones conflictivas de pareja o las rupturas (divorcio, separación) y pérdidas (viudez), fallecimiento de un ser querido o antagonismos familiares, pueden influir en los fenómenos suicidas.
- Pérdida del status socioeconómico (suspensión laboral, por ejemplo) y las quiebras o ruinas económicas pueden ser ingredientes en la decisión suicida.



- Disponibilidad de elementos o instrumentos que pueden “estimular” la incubación de una idea suicida; de hecho, se sabe que ciertas profesiones o actividades tienen más facilidad para estas situaciones; como los individuos que manejan armas (militares, policías, etc.) o sustancias letalmente activas (como en los profesionales de la salud).

- Ciertas religiones que pueden provocar decisiones suicidas como un “ofrecimiento” de la propia vida para la “salvación” o la “obtención” de ciertos ideales; por otra parte, el ser creyente (por ejemplo en el católico) provocaría una situación de protección que influye en el potencial suicida (especialmente en el que sufre depresión).

- Algunos trastornos psiquiátricos y de personalidad, harían parte de los riesgos suicidas; entre estos últimos, no es infrecuente encontrar a sujetos con trastornos de la personalidad emocionalmente inestable (la personalidad límite) que están dentro de la población potencialmente “suicida”.

La revisión crítica de la literatura científica y el análisis de la experiencia clínica e investigativa permite afirmar que las señales de peligro para el comportamiento suicida que se deben observar en las personas son las siguientes (Guibert, 2002):

- Realizar testamentos o cartas de despedida.
- Presentar sentimientos de desesperanza o desilusión frecuente.
- Presencia de deseos de muerte, o fantasías de autodestrucción.
- Proferir amenaza suicida a amigos, familiares o personal de salud.
- Persona desesperada con sentimiento de culpa y temor a perder el control emocional.
- Uso de drogas o de bebidas alcohólicas.
- Abandono fuera de lo común en su apariencia personal.
- Cambios pronunciados en su personalidad.



- Presencia de fantasías de dormirse y no despertar.
- Adolescentes con problemas sentimentales y dificultades en su comunicación.
- Pérdida de la ilusión por el futuro.
- Quejarse de ser una persona mala o de sentirse abominable.
- **Expresa frases como: no les seguiré siendo un problema, nada me importa, para qué molestarse o no te veré otra vez.**
- Se alegra inesperadamente después de un período de depresión.
- Expresa síntomas de psicosis (alucinaciones o pensamientos extraños).

Desde el punto de vista psiquiátrico la conducta suicida, ha sido acompañante de algunas enfermedades mentales, sin embargo es de hacer notar que aunque la conducta suicida pueda ser el peor pronóstico de algunos cuadros clínicos ésta también se presenta como una conducta voluntaria en sujetos sanos (Meza y Tescaritt, 2009).

La depresión es uno de los desórdenes clínicos más frecuentes en la población general, existiendo diversos marcos conceptuales que partiendo de la práctica clínica y de los hallazgos de investigaciones intentan explicarla para intervenir sobre ella. Uno de estos modelos es el de Beck (1967) en el que su tercer componente denominado la tríada cognitiva consiste en (1) una visión negativa de si mismo; (2) una visión negativa del funcionamiento presente, y (3) una visión negativa del futuro. Este último aspecto es la desesperanza (pesimismo) que, conviene precisar, no sólo subyace a la depresión sino también a otros desórdenes psicológicos (Aliaga *et al.*, 2006).

La medición del constructo de desesperanza fue iniciada por Beck y sus colaboradores con la elaboración de la Escala de Desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale*, BHS) ciñéndose al modelo propuesto por Stotland (1969) quien



la concibe como un sistema de esquemas cognitivos que tienen en común expectativas negativas acerca del futuro, sea este el inmediato o el más remoto. La persona desesperanzada cree: (1) que nunca podrá salir adelante por sí mismo; (2) que nunca tendrá éxito en lo que ella intente; (3) que nunca podrá alcanzar objetivos importantes; y (4) que nunca podrá solucionar los diversos problemas que afronte en la vida. El BHS no fue construido para detectar la desesperanza en adolescentes y en la población de adultos normales, sin embargo, como reporta el mismo Beck, se han realizado estudios con ambos propósitos e incluso con adolescentes de 13 años. Por otro lado, el BHS ha mostrado consistentemente ser bastante útil como un indicador indirecto del riesgo de suicidio en depresivos o en individuos que han intentado el suicidarse (Aliaga *et al.*, 2006).

Las escalas de evaluación, representan una modalidad particular y codificada del juicio clínico, se utilizan en una situación semiestandarizada donde el comportamiento del individuo es analizado por un observador que aprecia la ausencia o la existencia, y su intensidad, de manifestaciones patológicas (López, 2009).

Para la medición del riesgo suicida existe otra escala, denominada Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS), la cual permite discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas, e incluye situaciones relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza (López, 2009).

La aplicación del Cuestionario de Indicadores de Riesgo diseñado por Guibert y Del Cueto (2003), validado por criterios de expertos, permite evaluar las diversas variables epidemiológicas como: sexo, edad, raza, estado civil y escolaridad, y variables indicadoras de los factores psicosociales esenciales de riesgo de la conducta suicida como: desesperanza y culpa, depresión mayor, impulsividad, hostilidad, falta



de apoyo social y familiar, presagio, amenaza o proyecto suicida, antecedentes de suicidio familiar y antecedente personal de intento suicida.

La determinación de los factores de riesgo psicosociales que predisponen a la conducta suicida en adolescentes es de vital importancia, como consecuencia del incremento de comportamientos suicidas a nivel mundial y en países subdesarrollados. De igual manera, el déficit de este tipo de estudio en el Estado Monagas conlleva a la realización de una investigación destinada a la detección precoz de los factores anteriormente expuestos, con la finalidad de ejecutar y aplicar medidas de carácter preventivo en este grupo poblacional evitando así, el incremento de suicidios.



JUSTIFICACIÓN

El suicidio constituye un grave problema de salud pública. Al año mueren en el mundo alrededor de un millón de personas por este motivo, lo que supone el 1,8% de los fallecimientos.

La conducta suicida en las últimas décadas ha demostrado una tendencia a elevar sus tasas de incidencia en el ámbito mundial, a pesar de grandes dificultades para el registro fiable de los suicidios en casi todos los países, debido a prejuicios religiosos, políticas o hábitos culturales, algunos investigadores opinan que probablemente las tasas efectivas son considerablemente superiores a las que resultan de los casos notificados.

El suicidio entre los jóvenes es una tragedia que se menciona pocas veces en la sociedad, suele callarse y evadirse pues se enfrenta directamente con la realidad de que los jóvenes encuentran la vida tan dolorosa que de forma consciente y deliberada se causan la muerte, es un tema de gran impacto, que cuestiona el sistema familiar y social; sin embargo, es importante encarar el problema y tratar de comprender las posibles razones por el cual un adolescente, con todo un futuro por vivir, acabe repentinamente con su existencia motivado por una situación, o en muchos casos un sufrimiento, que lo obliga a tomar tal decisión.

La posibilidad de poder ayudar a que los jóvenes se decidan por su propia vida es lo que motiva a realizar un proyecto con métodos prácticos que promueva una adecuada prevención del suicidio, no esperando que los individuos se acerquen a los medios de salud para pedir ayuda, lo cual usualmente no sucede, sino, llevando la ayuda directamente a las instituciones educativas, con la finalidad de realizar detección precoz y prevención de los intentos suicidas. De igual manera, motivar a



docentes, padres de familia, profesionales en salud y todos los demás involucrados, a participar como “luchadores activos” en contra de esta problemática, a través de la preparación y el conocimiento sobre el tema, los factores de riesgo, los signos de alerta, la manera de ayudar y los lugares donde se puede encontrar esta ayuda.

Debido a que en el estado Monagas existen pocas investigaciones con respecto a la detección precoz de los Factores de Riesgo Psicosociales en la Conducta Suicida de los Adolescentes en Instituciones Educativas, se diseñó el siguiente estudio para identificar la incidencia de dichos factores.



OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar los Factores de Riesgo Psicosociales en la Conducta Suicida de los Adolescentes en la Institución Privada Unidad Educativa “Padre Claret” e Institución Pública “Escuela Técnica Industrial Bolivariana”. Maturín-Estado Monagas en el período Diciembre 2009 – Julio 2010.

Objetivos Específicos:

1. Clasificar a los adolescentes evaluados en la Unidad Educativa “Padre Claret” y la Escuela Técnica Industrial Bolivariana, según sexo y escolaridad.
2. Determinar el tipo de familia: nuclear, monoparental, extensa y otros tipos, a la que pertenecen los alumnos, en la Unidad Educativa “Padre Claret” y la Escuela Técnica Industrial Bolivariana.
3. Clasificar a los adolescentes evaluados con mayor riesgo de conducta suicida en la Unidad Educativa “Padre Claret” y la Escuela Técnica Industrial Bolivariana, según sexo y edad.
4. Identificar los factores de riesgo psicosociales de conducta suicida en la población investigada.
5. Analizar los factores de riesgo psicosociales de conducta suicida según el grado de escolaridad de los adolescentes evaluados.



6. Establecer el riesgo suicida de los estudiantes evaluados aplicando la Escala de Riesgo Suicida de Plutchick y HM Van Praga.

7. Establecer el riesgo suicida de los estudiantes evaluados aplicando la Escala de Desesperanza de Beck.



METODOLOGÍA

Diseño de Investigación

Prospectivo, transversal, descriptivo y de campo.

Universo y Muestra

El universo estuvo constituido por los estudiantes desde 9no grado de Educación Básica hasta 2do de Ciencias del Ciclo Diversificado de las Instituciones: Unidad Educativa “Padre Claret” y la Escuela Técnica Industrial Bolivariana, para la cual se tomó una muestra representada por los alumnos de una sección de cada grado escolar escogida al azar.

La muestra quedó formada por 140 adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y los 19 años, estudiantes de ambos sexos, de los grados 9º de Educación Básica y 1º y 2º del Ciclo Diversificado, en ambos planteles educativos.

Técnicas de Recolección de Datos

Se solicitó por escrito el permiso ante la Dirección Académica de ambas instituciones para la aplicación de los métodos de recolección de datos (Apéndice A).

Se necesitó para obtener la información el empleo de una encuesta diseñada por la investigadora como instrumento de recolección de datos de variables epidemiológicas y sociales, cuya finalidad fue obtener los datos de la fuente primaria de investigación (Apéndice B) y tres cuestionarios, que se describen a continuación:



Cuestionario de Indicadores de Riesgo: Diseñado por Guibert y Del Cueto (2003), validado por criterios de expertos, que recoge variables epidemiológicas generales como: sexo, edad, raza, estado civil y escolaridad, y variables indicadoras de los Factores Psicosociales esenciales de riesgo de la conducta suicida como son: Desesperanza y Culpa (ítems 1 y 9), Depresión Mayor (ítems 7 y 11), Impulsividad (ítems 2 y 8), Hostilidad (ítem 12), Falta de Apoyo Social y Familiar (ítems 10 y 13), Presagio, Amenaza o Proyecto Suicida (ítems 5 y 6), Antecedentes de Suicidio Familiar (ítem 4) y Antecedente Personal de Intento Suicida (ítem 2). (Anexo 1). Las variables complejas fueron definidas de la manera siguiente:

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



Escala de Desesperanza según Beck: Consta de 20 afirmaciones con dos opciones de respuesta, Verdadero o Falso. Los ítems que indican desesperanza se califican con 1 punto; los que no la indican se califican con 0 puntos, de tal manera que el puntaje máximo es 20 y el mínimo es 0. Ayuda a la interpretación la siguiente escala de puntajes propuestas por Beck: 0-3, Rango normal o asintomático; 4-8, Leve; 9-14, Moderado; y 15-20, Severo. Un puntaje superior a 10, Beck lo considera de riesgo para conductas autoagresivas y predice en un 93,8 % (Aliaga *et al.*, 2006).

Esta escala evalúa el alcance de las actitudes negativas hacia el futuro, con una utilidad particular como indicador indirecto de riesgo suicida en evaluados depresivos o sujetos que intentaron cometer suicidio. Tiene una confiabilidad por consistencia interna de Kuder-Richardson entre 0,82 y 0,93; y una validez de 0,86 (Mikulic, 2002) (Anexo 2).

Escala de Riesgo Suicida elaborada por Plutchik y Hm Van Praga: Consta de 14 ítems, con dos opciones de respuesta Sí o No, y establece que a mayor número de ítems afirmativos, existe mayor riesgo suicida, indica que es alto cuando el sujeto tiene 7 ítems o más con respuestas positivas (López, 2009).

La consistencia interna de la escala original posee una confiabilidad según el coeficiente Alfa de Cronbach de 0,84, que incluso en la validación Española era superior con 0,90. Mientras, que la validez estaba representada por una sensibilidad y especificidad del 68%, a diferencia de la validación española donde representa un 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativa suicida y aquellos que no la habían presentado (Rivas, 2008) (Anexo 3).

Los resultados se presentaron en cuadros, mediante frecuencias relativas, lo que permitió realizar el análisis y comparar los resultados con otros estudios contenidos en el desarrollo de la investigación.



RESULTADOS

Cuadro N° 1.

Distribución de los Adolescentes por Sexo según Grado de Escolaridad en la Unidad Educativa “Padre Claret” y Escuela Técnica Industrial Bolivariana.
Maturín - Estado Monagas. Diciembre 2009 – Julio 2010.

Grado	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
9no	21	15,0	26	18,6	47	33,6
1ero Cs	18	12,9	24	17,1	42	30,0
2do Cs	21	15,0	30	21,4	51	36,4
Total	60	42,9	80	57,1	140	100

Fuente: Datos del investigador.

Análisis: El cuadro N° 1, indica que el número de alumnos que participaron en la investigación fueron en total 140, de los cuales 47 alumnos eran de 9no grado, 42 de 1ero Cs. y 51 de 2do Cs., donde el 42,9% (n=60) son del sexo femenino y el 57,1% (n=80) son del sexo masculino.



Cuadro N° 2.

Distribución de los Adolescentes por Grado de Escolaridad e Institución según Sexo en la Unidad Educativa “Padre Claret” y Escuela Técnica Industrial Bolivariana. Maturín - Estado Monagas. Diciembre 2009 – Julio 2010.

Grado	Institución Privada				Institución Pública			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
9no	7	5,0	18	12,9	14	10,0	8	5,7
1eroCs	9	6,4	12	8,6	9	6,4	12	8,6
2do Cs	12	8,6	12	8,6	9	6,4	18	12,9
Total	28	20,0	42	30,0	32	22,8	38	27,2

Fuente: Datos del investigador.

Análisis: En este cuadro es importante destacar que la población participante en ambas instituciones estuvo conformada por 70 estudiantes, distribuidos de la siguiente forma: Unidad Educativa “Padre Claret” con 20% (n=28) que corresponde al sexo femenino y 30% (n=42) al sexo masculino, por su parte la Escuela Técnica Industrial con 22,8% (n=32) del sexo femenino y 27,2% (n=38) del sexo masculino. De acuerdo al grado de escolaridad, el 9no grado del Instituto Privado tuvo mayor participación del sexo masculino es 12,9% (n=18) en contraste con la Pública de un 5,7% (n=8).

**Cuadro N° 3.**

Distribución de los Adolescentes con Intento Suicida según Edad y Sexo en la Unidad Educativa “Padre Claret” y Escuela Técnica Industrial Bolivariana. Maturín - Estado Monagas. Diciembre 2009 – Julio 2010.

Edad	Institución Privada				Institución Pública			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
14	3	30,0	0	0	1	10,0	0	0
15	1	10,0	1	10,0	0	0	0	0
16	0	0	1	10,0	1	10,0	1	10,0
17	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	1	10,0
19	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	4	40,0	2	20,0	2	20,0	2	20,0

Fuente: Datos del investigador.

Análisis: El cuadro N° 3 indica que de los 140 alumnos que participaron en el estudio 10 manifestaron intento suicida, de los cuales el 60% (n=6) corresponde a la Institución Privada, predominando el sexo femenino en un 40% (n=4) a los 14 años de edad con 30,0%.



Cuadro N° 4.

Distribución del Tipo de Familia de los Adolescentes en la Unidad Educativa “Padre Claret” y Escuela Técnica Industrial Bolivariana.
Maturín Estado Monagas. Diciembre 2009 – Julio 2010.

Tipo de Familia	Institución Privada				Institución Pública				Total	
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nuclear	10	7,1	8	5,7	10	7,1	10	7,1	38	27,1
Extensa	8	5,7	11	7,8	11	7,8	13	9,2	43	30,7
Monoparental	18	12,8	12	8,5	9	6,4	14	10,0	53	37,9
Otros Tipos	0	0,0	3	2,1	1	0,7	2	1,4	6	4,3
Total	36	25,6	34	24,1	31	22,0	39	27,7	140	100,0

Fuente: Datos del investigador.

Análisis: En el cuadro N° 4, se evidencia el predominio del Tipo de Familia monoparental entre ambas Instituciones con 37,9% (n=53) de los alumnos estudiados, siendo mayoritaria en la Institución Privada en 21,4% (n=30), donde el más afectado fue el sexo femenino en 12,8% (n=18), seguida de las familias: extensas con 30,7% (n=43) la cual predominó en la Institución Pública en 17,1% (n=24); nuclear con 27,1% (n=38) a predominio de la Institución Pública y otros tipos con 4,3% (n=6).



Cuadro N° 5.

Distribución del Factor de Riesgo de Desesperanza y Culpa en los Adolescentes de la Unidad Educativa “Padre Claret” y Escuela Técnica Industrial Bolivariana. Maturín Estado Monagas. Diciembre 2009 – Julio 2010.

Grado	Privada				Pública				Total			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
9no	14	10,0	11	7,9	5	3,6	17	12,1	19	13,6	28	20,0
1eroCs	9	6,4	12	8,6	9	6,4	12	8,6	18	12,9	24	17,1
2do Cs	7	5,0	17	12,1	6	4,3	21	15	13	9,3	38	27,1
Total	30	21,4	40	28,6	20	14,3	50	35,7	50	35,8	90	64,2

Fuente: Datos del investigador.

Análisis: En el cuadro N° 5, se evidencia que el 35,8% (n=50) de los alumnos estudiados presentaron el Factor de Riesgo Desesperanza y Culpa, con una participación del 21,4% (n=30) de la Privada y 14,3% (n=20) de la Pública, siendo más significativa la contribución de 9no grado de la privada en 10,0% (n=14).



Cuadro N° 6.

Distribución del Factor de Riesgo de Depresión Mayor en los Adolescentes de la Unidad Educativa “Padre Claret” y Escuela Técnica Industrial Bolivariana. Maturín Estado Monagas. Diciembre 2009 – Julio 2010.

Grado	Privada				Pública				Total			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
9no	15	10,7	10	7,1	4	2,9	18	12,9	19	13,6	28	20,0
1eroCs	6	4,3	15	10,7	9	6,4	12	8,6	15	10,7	27	19,3
2do Cs	7	5,0	17	12,1	8	5,7	19	13,6	15	10,7	36	25,7
Total	28	20,0	42	30,0	21	15,0	49	35,0	49	35,0	91	65,0

Fuente: Cuestionario de Indicadores de Riesgo, Guibert y Del Cueto (2003).

Análisis: El cuadro N° 6, indica que el Factor de Riesgo Depresión Mayor tuvo mayor incidencia en los alumnos de la Institución Privada con 20,0% (n=28), a diferencia de la Pública con 15,0% (n=21), y de acuerdo al grado de escolaridad fue mayor en los alumnos del 9no grado de la Privada en un 10,7% (n=15) y los alumnos del 1ero de Cs. de la Pública con 6,4% (n=9).



Cuadro N° 7.

Distribución del Factor de Riesgo Impulsividad en los Adolescentes de la Unidad Educativa “Padre Claret” y Escuela Técnica Industrial Bolivariana. Maturín Estado Monagas. Diciembre 2009 – Julio 2010.

Grado	Privada				Pública				Total			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
9no	14	10,0	13	9,3	4	2,9	18	12,9	18	12,9	31	22,1
1eroCs	5	3,6	16	11,4	5	3,6	16	11,4	10	7,1	32	22,9
2do Cs	11	7,9	11	7,9	3	2,1	24	17,1	14	10,6	35	25,0
Total	30	21,5	40	28,6	12	8,6	58	41,4	42	30,6	98	70,0

Fuente: Datos del investigador.

Análisis: El cuadro N° 7, muestra el predominio del Factor de Riesgo Impulsividad en los alumnos de la Institución Privada con 21,5% (n=30) contra 8,6% (n=12) de la Pública, teniendo mayor incidencia en el 9no grado de la Institución Privada con 10,0% (n=14) y en el 1ero de Cs de la Pública con 3,6% (n=5).

**Cuadro N° 8.**

Distribución del Factor de Riesgo Hostilidad en los Adolescentes de la Unidad Educativa “Padre Claret” y Escuela Técnica Industrial Bolivariana. Maturín Estado Monagas. Diciembre 2009 – Julio 2010.

Grado	Privada				Pública				Total			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
9no	7	5,0	18	12,9	4	2,9	18	12,9	11	7,9	36	25,7
1eroCs	3	2,1	18	12,9	3	2,1	18	12,9	6	4,3	36	25,7
2do Cs	4	2,9	20	14,3	2	1,4	25	17,9	6	4,3	45	32,1
Total	14	10,0	56	40,0	9	6,4	61	43,7	23	16,5	117	83,5

Fuente: Datos del investigador.

Análisis: En el cuadro N° 8, se observa que el Factor de Riesgo Hostilidad en los Alumnos investigados, fue mayor en la Institución Privada con 10,0%(n=14) en comparación con la Pública en 6,4%(n=9), siendo el 9no grado el más afectado con 5.0% (n=7) vs. 2,9% (n=4) Privada/Pública, respectivamente.



Cuadro N° 9.

Distribución del Factor de Riesgo Falta de Apoyo Familiar en los Adolescentes de la Unidad Educativa “Padre Claret” y Escuela Técnica Industrial Bolivariana. Maturín Estado Monagas. Diciembre 2009 – Julio 2010.

Grado	Privada				Pública				Total			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
9no	8	5,7	17	12,1	16	11,4	6	4,3	24	17,1	23	16,4
1eroCs	17	12,1	4	2,9	7	5,0	14	10	24	17,1	18	12,9
2do Cs	14	10,0	10	7,1	12	8,6	15	10,7	26	18,6	25	17,9
Total	39	27,8	31	22,1	35	25,0	35	25,0	74	52,8	66	47,2

Fuente: Datos del investigador.

Análisis: El cuadro N° 9, muestra que los alumnos de la Institución Privada sienten menor apoyo por parte de familiares en un 27,8%(n=39) y el grado más afectado fue el 1ero de Cs. con 12,1% (n=17), mientras que en la Institución Pública fue de 25,0 % (n=35) acentuándose en el 9no grado con 11,4% (n=16).

**Cuadro N° 10.**

Distribución del Factor de Riesgo Presagio, Amenaza y Proyecto Suicida en los Adolescentes de la Unidad Educativa “Padre Claret” y Escuela Técnica Industrial Bolivariana. Maturín Estado Monagas. Diciembre 2009 – Julio 2010.

Grado	Privada				Pública				Total			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
9no	8	5,7	17	12,1	3	2,1	19	13,6	11	7,9	36	25,7
1eroCs	3	2,1	18	12,9	2	1,4	19	13,6	5	3,6	37	26,4
2do Cs	2	1,4	22	15,7	0	0,0	27	19,3	2	1,4	49	35,0
Total	13	9,2	57	40,7	5	3,5	65	46,5	18	12,9	122	87,1

Fuente: Datos del investigador.

Análisis: El cuadro N° 10, indica que el Factor de Riesgo Presagio, Amenaza o Proyecto Suicida, predominó en la Institución Privada con 9,2% (n=13), resultando 9no grado el más afectado con 5,7% (n=8).



Cuadro N° 11.

Distribución del Factor de Riesgo Antecedente de Suicidio Familiar en los Adolescentes de la Unidad Educativa “Padre Claret” y Escuela Técnica Industrial Bolivariana. Maturín Estado Monagas. Diciembre 2009 – Julio 2010.

Grado	Privada				Pública				Total			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
9no	2	1,4	23	16,4	3	2,1	19	13,6	5	3,6	42	30,0
1eroCs	2	1,4	19	13,6	2	1,4	19	13,6	4	2,8	38	27,2
2do Cs	1	0,7	23	16,4	1	0,7	26	18,6	2	1,4	49	35
Total	5	3,5	65	46,4	6	4,3	64	45,8	11	7,8	129	92,2

Fuente: Datos del investigador.

Análisis: Este cuadro reveló, que los alumnos investigados representaron un 7,8% (n=11) del total con Antecedente de Suicidio Familiar, siendo la Institución Pública la más afectada con 4,3% (n=6), en familiares de alumnos del 9no Grado en un 2,1% (n=3).

**Cuadro N° 12.**

Distribución del Factor de Riesgo Antecedente Personal de Suicidio en los Adolescentes de la Unidad Educativa “Padre Claret” y Escuela Técnica Industrial Bolivariana. Maturín Estado Monagas. Diciembre 2009 – Julio 2010.

Grado	Privada				Pública				Total			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
9no	4	2,8	21	15,0	2	1,4	20	14,3	6	4,3	41	29,3
1eroCs	2	1,4	19	13,6	1	0,7	20	14,3	3	2,1	39	27,9
2do Cs	0	0,0	24	17,1	1	0,7	26	18,5	1	0,7	50	35,7
Total	6	4,3	64	45,8	4	2,8	66	47,1	10	7,1	130	92,9

Fuente: Datos del investigador.

Análisis: El cuadro N° 12, muestra que el 7,1% de los alumnos estudiados presentaron Antecedente Personal de Suicidio, con predominio en la Institución Privada en un 4,3% (n=6) y una mayor incidencia en alumnos del 9no Grado con 2,8% (n=4).

**Cuadro N° 13.**

Distribución de los Adolescentes según Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y HM Van Praga de la Unidad Educativa “Padre Claret” y Escuela Técnica Industrial Bolivariana. Maturín Estado Monagas. Diciembre 2009 – Julio 2010.

Grado	Privada				Pública				Total			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
9no	8	5,7	17	12,1	3	2,1	18	12,9	11	7,9	35	25,0
1eroCs	5	3,6	16	11,4	4	2,9	18	12,9	9	6,4	34	24,3
2do Cs	1	0,7	23	16,4	2	1,4	25	17,9	3	2,1	48	34,3
Total	14	10,0	56	39,9	9	6,4	61	43,7	23	16,4	117	83,6

Fuente: Datos del investigador.

Análisis: El cuadro N° 13, indica la Medición del Riesgo Suicida a través de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y HM Van Praga, evidenciándose que el 10,0% (n=14) de los alumnos de la Institución Privada presentan mayor riesgo de suicidio, siendo los del 9no grado los más afectados con 5,7% (n=8), en contraste con la Institución Pública donde el Riesgo Suicida fue de 6,4% (n=9), no observándose predominio en algún grado.

**Cuadro N° 14.**

Distribución de los Adolescentes según Escala de Desesperanza de Beck de la Unidad Educativa “Padre Claret” y Escuela Técnica Industrial Bolivariana. Maturín Estado Monagas. Diciembre 2009 – Julio 2010.

Grado	Privada				Pública				Total			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
9no	16	11,4	9	6,4	15	10,7	6	4,3	31	22,1	15	10,7
1eroCs	14	10	7	5	12	8,6	10	7,1	26	18,6	17	12,1
2do Cs	7	5,0	17	12,1	11	7,9	16	11,4	18	12,9	33	23,6
Total	37	26,4	33	23,5	38	27,2	32	22,8	75	53,6	65	46,4

Fuente: Datos del investigador

Análisis: En el cuadro N° 14, se evidenció que el 53,6% presentó Factor de Riesgo de Desesperanza, observándose un comportamiento similar en los alumnos de ambas Instituciones con 26,4% (n=37) en la Privada y 27,2 (n=38) en la Pública, de acuerdo a la medición mediante la aplicación de la Escala de Desesperanza de Beck; con respecto al grado de escolaridad los resultados son indiferentes.



DISCUSIÓN

La muestra objeto de estudio quedó conformada por 140 adolescentes de ambos sexos, de los grados 9° de Educación Básica y 1° y 2° del Ciclo Diversificado, pertenecientes a la Institución Privada Unidad Educativa “Padre Claret” e Institución Pública Escuela Técnica Industrial Bolivariana, constituida por 80 alumnos y 60 alumnas, en edades comprendidas entre 14 y 19 años. La distribución de alumnos por Institución Educativa estuvo representada por 20% (n=28) del sexo femenino y 30% (n=42) del sexo masculino en la Unidad Educativa “Padre Claret” y, en la Escuela Técnica Industrial resultó un 22,8% (n=32) del sexo femenino y 27,2% (n=38) del sexo masculino. Con relación al grado de escolaridad quedó estructurada de manera homogénea con 33,6% de alumnos en 9no grado, 30% en 1ero de Cs., y 36,4% en 2do de Cs.

La investigación reveló la prevalencia de 7,14% de intento suicida en los adolescentes en edades comprendidas entre los 14 y 18 años, con predominio a la edad de 14 años en un 40% (n=4). En relación con otros estudios se puede evidenciar que dichos resultados tienen semejanza, como el realizado por González *et al.*, (2002), donde la prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes en la Ciudad de México fue de 8,3% y observó que el perfil de las características del intento suicida predominó entre los 10 y 15 años; Por su parte Pérez *et al.*, (2008), estableció que la prevalencia correspondía al 4,9%, y otro estudio realizado por Aguilar y Barreto (2006), demostró mayor ocurrencia de intento suicida en edades comprendidas entre 10 y 14 años de edad. Estos resultados se correlacionan en que la adolescencia es un período del desarrollo del ciclo vital con mucho estrés y grandes cambios biopsicosociales, tales como: cambios en el cuerpo, en las ideas y en los sentimientos, entre otros. Un estrés intenso, confusión, miedo e incertidumbre, factores económicos y la presión por el éxito influye en las capacidades del adolescente para resolver



problemas y tomar decisiones, lo que hace a los jóvenes propensos a intentar suicidarse como solución a los problemas que se le presentan.

En lo referente al sexo, los adolescentes con mayor intento de suicidio pertenecieron al sexo femenino en un 40% (n=4) de un total de 10 alumnos que manifestaron intentarlo, evidenciándose total correspondencia con estudios realizados por otros investigadores tales como: González *et al.*, (2002), Guibert y Del Cueto (2003), Álvarez *et al.*, (2006), Fuentes *et al.*, (2009), Montiel (2006), Conquista (2008), Chalela (2008); los cuales concluyeron que el sexo femenino intenta suicidarse en mayor proporción que el sexo masculino. Esto se correlaciona con lo planteado en la mayoría de las investigaciones donde se postula que las mujeres poseen rasgos de personalidad que las definen como personas más sensibles y vulnerables, que tienden más a la depresión y usan medios menos violentos para cometer un intento de suicidio, a diferencia de los hombres que tiene más proclividad a los actos violentos, que están más propensos al consumo de alcohol, drogas, entre otros, ante cualquier adversidad que no pueda superar, de tal manera que el intento de suicidarse sea más efectivo.

Con respecto al tipo de institución educativa se evidenció que la mayor incidencia de intento suicida estuvo presente en la Institución Privada en un 60% (n=6), la cual se corresponde con un estudio realizado por González *et al.*, (2002), quien también observó predominio de intento suicida en estudiantes de escuelas privadas, en los bachilleratos. Aunque parezcan controversiales estos resultados los adolescentes de las Instituciones Privadas a pesar de tener mejores condiciones socioeconómicas, carecen en su mayoría de la presencia de sus padres o de un cálido ambiente familiar, debido a que se encuentran trabajando la mayoría del tiempo en busca del sustento económico y dejan a un lado las responsabilidades del hogar, lo que conlleva a inestabilidad emocional por parte del niño y/o adolescente.



Cuando se analizó el tipo de familia de los alumnos del estudio, se encontró predominio de las familias monoparentales con 37,9% entre ambas instituciones, siendo mayor en la Institución Privada a predominio del sexo femenino, seguida de las familias extensa con 30,7%, familias nucleadas 27,1% y otros tipos con 4,3%. Se evidenció completa concordancia al compararse con el estudio realizado por Kurtz y Derevensky (1993), el cual reportó que los individuos con más riesgo de cometer suicidio son los pertenecientes a las familias monoparentales; sin embargo, difiere con un estudio realizado por Fuentes *et al.*, (2009), el cual arrojó que dentro del análisis de la tipología familiar la mayoría eran familias nucleares con 41,8%, seguidas de las monoparentales con 20,9%. No obstante, es unificado el criterio de que el medio familiar cuando presenta conflictos que afectan la estabilidad emocional de sus integrantes contribuye a incrementar el riesgo de la conducta suicida. La ausencia de calidez familiar, falta de uno de los padres y discordia familiar genera que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para crecer sanamente desde un punto de vista integral.

Al analizar los factores de riesgos psicosociales, se demostró que la Desesperanza y Culpa, definida por Guibert y Del Cueto (2003), como sensación de imposibilidad absoluta de obtener una determinada cosa o que ocurra algo que pueda cambiar la realidad existente lo cual va generando impotencia y culpa por el destino que conduce al abandono de la lucha por la vida, representó el 35,8% del total, donde la mayor proporción correspondió a la Institución Privada en un 21,4%, mientras que la Pública fue de 14,3%. Este factor difiere al compararse con otros estudios como el realizado por Guibert y Del Cueto (2003), en el cual se reportó en una mayor proporción de 71,7%. Se puede inferir que a pesar de ser menor el porcentaje obtenido en el presente estudio es significativo pues hace probable el intento suicida en toda aquella persona que posea dicho factor de riesgo.



Al observar los resultados de Depresión Mayor como otro factor de riesgo en la población estudiantil; la mayor incidencia dentro de la investigación resultó en la Institución Privada con 20.0% y 15.0% en la Pública, con relación al grado de escolaridad, fue más frecuente en los alumnos del 9no grado 10,7%, de la privada y en 13,6% para ambas instituciones; aun cuando no guarda estrecha relación con otros autores como, Conquista (2008), donde el trastorno psiquiátrico más frecuente fue trastorno depresivo mayor con 80%, Guibert y Del Cueto (2003), el cual reporta en uno de sus estudios que 73,91% presentaron depresión mayor, y el realizado por Fuentes *et al.*, (2009) el cual reporta que un 2,9% presentaron depresión. Se puede inferir, a pesar de las bajas cifras del presente estudio, que la presencia de depresión mayor, traduce una analogía significativa de causalidad con el intento suicida al hacerlo mucho más probable y se acompaña generalmente de sentimientos de desesperanza.

La Impulsividad es otro de los factores de riesgo analizados, donde se revela que en los alumnos de la Institución Privada fue más acentuado con 21,5% que en la Institución Pública con 8,6%, siendo los más afectados los alumnos del 9no grado con 10,0% de la Privada y 2,9% de la Pública, comparando con otros estudios se evidencia correlación con el realizado por Conquista (2008), donde los rasgos de personalidad premórbida como impulsividad ocupó el 19%, mientras difiere con el realizado por Guibert y Del Cueto (2003), donde el 65,20% de los sujetos evaluados presentó impulsividad. La presencia de este factor de riesgo, confirma que cuando un sujeto ha perdido el control de sus impulsos emocionales, su vulnerabilidad aumenta significativamente para realizar un intento suicida.

En lo referente a la presencia de Hostilidad en los alumnos de ambas instituciones educativas como factor psicosocial de riesgo, se encontró mayor proporción en la Institución Privada que en la Pública, 10,0% vs 6,4%, respectivamente, predominando en forma significativa en los estudiantes del 9no



grado de ambas instituciones. El cual difiere, al compararlo con el estudio realizado por Guibert y Del Cueto (2003), el cual obtuvo 63% en los sujetos evaluados. No obstante, aun con estas cifras bajas, la hostilidad aparece como una expresión de un aprendizaje incorrecto del manejo de la agresión recibida, y es un fallo en la adaptación del individuo. Las tensiones que se generan en el interior de las aulas de clase son indicadores de los sentimientos negativos que tienen los estudiantes con respecto a la escuela, las cuales son particularmente exclusiva de los tiempos que se viven actualmente y los convierte en individuo con caracteres hostiles (Casullo, *et al.*, 2004).

Otro factor analizado es la Falta de Apoyo Social y Familiar, el cual mostró que los alumnos de la Institución Privada sienten menor apoyo por parte de sus familiares y su entorno social en 27,8%, siendo el grado más afectado el 1ero de Cs. con 12,1%, mientras que en la Institución Pública fue de 25%, acentuándose en el 9no grado con 11,4%, y en forma general alcanzaron el 52,8%. Es evidente que gran parte de los adolescentes en estudio presentaron este factor de riesgo, que comparado con el estudio elaborado por Guibert y Del Cueto (2003), donde encontraron 58,07% de dicho factor de riesgo, se puede inferir que existe una correlación significativa de causalidad con la conducta suicida en ambos estudios, sin embargo, difieren pues en dicho estudio comparativo la Desesperanza y Culpa fue el factor de mayor presentación. El medio familiar puede convertirse en un medio patógeno cuando no cumple con su rol, cuando las relaciones entre los individuos que la componen son inadecuadas, creando de esa forma un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes o depresiones (Sánchez *et al.*, 2005).

El Factor de Riesgo Presagio, Amenaza o Proyecto Suicida, reveló predominio en la Institución Privada con 9,8% contra 3,5% en la Institución Pública, teniendo más ocurrencia en los alumnos de 9no grado, comparándolo con el estudio realizado



por Guibert y Del Cueto (1993), reportó este factor en un 54,30% de los alumnos objeto de estudio. Los resultados muestran que para cualquier persona, el hecho de presagiar y tener elaborado un plan para terminar con la vida, indica, que se ha potenciado una fuerte motivación hacia la muerte y el efecto de otros factores de riesgo, siendo más cercano al intento suicida, por lo que es más probable la ejecución del mismo (Álvarez, *et al.*, 2006).

La Investigación mostró que el Antecedente de Suicidio Familiar en los alumnos de la Institución Pública fue 4,3% siendo el grupo más afectado los alumnos de 9no grado, mientras que en la Institución Privada solo el 3,5% presentó dicho factor de riesgo, de acuerdo con el estudio realizado por Fuentes *et al.*, (2009) resultó que el 19,9% tenían antecedentes familiares de suicidio, y en otros estudios como el elaborado por Álvarez *et al.*, (2006) presentaron el antecedente de suicidio familiar en 6,8%, mientras que Guibert y Del Cueto (1993), reportaron que 30,4% de los individuos evaluados tenía familiares que se intentaron suicidar y/o se suicidaron. Estas cifras bajas permiten inferir que existe prejuicio en lo que respecta al tema del suicidio familiar, por la simple razón de tener miedo a que dichas conductas se aprendan o se imiten dentro del ambiente familiar.

El análisis de factor Antecedente Personal de Intento Suicida, mostró mayor incidencia en la Institución Privada con 4,3%, afectando a los alumnos del 9no grado en mayor proporción que en la Pública, el factor resultó 7,1% del total de alumnos evaluados que presentó por lo menos un intento de suicidio previo, comparando con el estudio elaborado por Álvarez *et al.*, (2006), se encontró que del total de encuestados (364 pers.) 3,6 % lo han intentado, tres de ellos, más de una vez y en el estudio de Guibert y Del Cueto (2003), se reportó que el 88% de los evaluados presentó este factor. Otro estudio realizado por Conquista (2008), donde fueron evaluados 26 adolescentes con edades comprendidas entre 10 y 20 años, reveló que el 65% informó conductas suicidas previas. Al igual que el antecedente familiar de



suicidio, el antecedente personal de intento suicida reportó valores bajos, sin embargo, el intento suicida previo hace 10 veces más probable que la persona realice un intento de autodestruirse, ya que, una vez que el individuo rompe las barreras que lo protegen del suicidio intentándolo, es mucho más probable que lo repita.

La medición del riesgo suicida a través de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y HM Van Praga, demostró que el 16,4% de los adolescentes evaluados presentan alto riesgo de suicidio y los estudiantes más afectados son los del 9no grado con 5,7% de la Institución Privada, estos resultados son semejantes con los obtenidos por Fuentes *et al.*, (2009) utilizando el mismo tipo de escala, el cual reportó un alto riesgo con 12,8% de la población estudiada.

Los resultados obtenidos de acuerdo a la Escala de Desesperanza de Beck, muestran un comportamiento similar en ambas Instituciones 26,4% vs. 27,2%, Privada y Pública respectivamente, indicando que el 53,6% de la población analizada presenta mayor riesgo de conducta suicida, siendo predominantes en los alumnos del 9no grado con 22,1% en dichas instituciones, estos resultados difieren en mayor número en comparación con el estudio realizado por Fuentes *et al.*, (2009) el cual mostró que un 1,4% de los adolescentes presentó alto riesgo suicida, lo que demuestra que la población en estudio presenta riesgo suicida.



CONCLUSIÓN

1. El Tipo de Familia monoparental predominó en los alumnos de las Instituciones Educativas evaluadas, con mayor incidencia en el sexo femenino de la Institución Privada, seguida por la familia extensa, lo que demuestra falta de integración familiar que contribuye a las conductas suicidas.

2. El intento suicida en los adolescentes prevaleció en edades comprendidas entre los 14 y 18 años, con predominio a la edad de 14 años.

3. Los Adolescentes con mayor intento de suicidio pertenecieron al sexo femenino.

4. La mayor incidencia de intento suicida se presentó en la Institución Privada.

5. Los Factores Psicosociales de Riesgo predominaron en los alumnos de 9no grado de la Institución Privada.

6. El Factor Riesgo Falta de Apoyo Social y Familiar es el de mayor incidencia entre todos los factores analizados tanto en la Institución Pública como en la Institución Privada, seguido de Desesperanza y Culpa, Depresión Mayor e Impulsividad.

7. La Hostilidad, el Presagio, Amenaza y Proyecto Suicida, el Antecedente de Suicidio Personal y el Antecedente Familiar de Suicidio, correspondieron a los factores de riesgo con menor proporción en los



alumnos, sin embargo, tienen relación significativa de causalidad con la conducta suicida en los adolescentes.

8. La Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y HM Van Praga y la Escala de Desesperanza de Beck demostraron que el 16,4% y el 53,6% de los alumnos, respectivamente, tenían alto riesgo de conducta suicida.

9. El Adolescente con intento suicida es actualmente un problema de salud pública, que pone en riesgo a la población joven, sobre todo aquellas donde el ambiente familiar y social no es integral.

10. En la prevención de conductas suicidas es necesaria la capacitación del médico, profesores e incluso pediatras, para la detección precoz y tratamiento oportuno, ante la presencia de adolescentes con riesgo suicida.



RECOMENDACIÓN

1. Reforzar en el adolescente la integración al medio familiar y social, con la finalidad de evitar conductas suicidas, mediante el diálogo y la participación.
2. Diseñar y establecer programas de Salud Mental y prevención de Conducta Suicida en las Instituciones Educativas del país.
3. Promover en las Instituciones Educativas a través de la sociedad de padres y representantes, talleres de atención familiar para reducir los problemas de conflicto familiar, consumo de sustancias tóxicas y comportamientos agresivos.
4. Capacitación del médico de atención primaria, médico de familia o médico general, al igual que pediatras, para la detección, evaluación, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y remisión, como apoyo general a las instituciones educativas en riesgo.
5. Los profesores de las Instituciones Educativas deben capacitarse para detectar en sus alumnos conductas suicidas, los factores de riesgo asociados, así como sus principales síntomas depresivos, ansiosos o de impulsividad, para realizar una adecuada intervención.
6. Incluir como parte de las normas y protocolos de atención al alumnado con intento suicida, la utilización de escalas psiquiátricas como soporte científico de la atención y poder dar resolución a los principales síntomas detectados en la evaluación.



7. La familia debe buscar ayuda psicológica en las unidades de salud ante la idea y/o sospecha de intento de suicidio a consecuencia de problemas como: conflictos familiares, conyugales, estados depresivos, maltrato familiar, alcoholismo o de otra índole.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, I., Barreto, M. 2006. Conducta Suicida. Rev. Ciencias Médicas la Habana. [Serie en Línea]. **12** (2). Disponible: <http://www.cpicmha.sld.cu/hab/ol12206/hab12206.htm>. [Diciembre, 2009].
- Aliaga, J., Rodríguez, L., Ponce, C., Frisancho, L. 2006. Escala de Desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y Características Psicométricas. Rev. Invest. Psicología. [Serie en línea]. **9** (1): 69-79. Disponible: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/InvestigacionPsicologia/v09_n1/pdf/a05v9n1.pdf. [Diciembre, 2009].
- Álvarez, M., Hernández, F., Castillo, N., Hernández, Y., Sibila, Castro, C., Romero, M. 2006. Algunos Factores de Riesgo en la Adolescencia, Algunos Hallazgos en un Área de Salud. bvs. [Serie en línea]. **46** (3). Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol46_3_08/hie07308.htm. [Diciembre 2009].
- Arlaes, L., Hernández, G., Álvarez, C., Cansares, T. 1998. Conducta Suicida. Factores de Riesgo Asociados. Rev Cubana Med Gen Integr. [Serie en línea]. **14** (2): 122-6. Disponible: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v14n2/mgi03298.pdf>. [Diciembre, 2009].
- Campos, M., Padilla, S., Valerio, J. 2004. Prevención del Suicidio y Conductas Autodestructivas en Jóvenes. [En línea] Disponible: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/aserril.pdf>. [Febrero, 2010].
- Castillo, I., Ledo, H. 2007. Caracterización de intentos suicidas en adolescentes en el municipio de rodas. Revista de psiquiatría y Psicología del Niño y del



- Adolescente. [Serie en línea]. 7 (1): 125-142. Disponible: <http://www.paidopsiquiatria.com/numero8/art9.pdf>. [Enero, 2010].
- Casullo, M., Fernández, M., Cintini, N. 2004. Estudio Comparativo sobre Adolescentes en Riesgo Suicida. [Serie en línea]. Disponible: http://www.Suicidologia.Org.ar/files/estudio_comparativo_riesgo_suicida_adolescentes_casullo.pdf. [Enero, 2010].
- Cervantes, W., Melo, E. 2008. El Suicidio en los Adolescentes: Un Problema en Crecimiento. Rev. De la Facultad de Cs. de la Salud. [Serie en línea]. 5 (2): 148-154 .Disponible: <http://editorial.unimagdalena.edu.co/revistas/index.php/duazary/article/viewfile/147/156>. [Enero, 2010].
- Chalela, P. 2008. El Suicidio. [En línea]. Disponible: <http://www.chalela-md.com/articulos.htm>. [Enero, 2010].
- Cividantes, M. 2007. Estructura y Dinámica Familiar en el Perfil del Adolescente con Intento Suicida. Centro de Salud Mental. Ciudad Bolívar 2005-2006. Trabajo de Grado. Esc. Cs. Salud. Bolívar UDO. pp. 60.
- Córtes, A. 1997. Conducta Suicida, Adolescencia y Riesgo. [En línea]. Disponible: <http://www.monografias.com/trabajo15/ConductaSuicida/html>. [Diciembre, 2009].
- Conquista, N. 2008. Psicopatología Asociada al Intento de Suicidio en Adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental del Complejo Hospitalario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar. Trabajo de Ascenso. Dpto. de Salud Mental. Esc. Cs. Salud. Bolívar UDO. pp. 75.



- Fuentes, M., González, A., Castaño, J., Hurtado, C., Ocampo, P., Páez, M., *et al.* 2009. Riesgo Suicida y Factores Relacionados en Estudiantes de 6° a 11° Grado en Colegios de la Ciudad de Manizales (Colombia). Arch. Med. (Manizales). [Serie en línea] **9** (2): 110-122. Disponible: [http://www.umanizales.edu.co/programs/medicina/publicaciones/Revista%20Medicina/archivos_9\(2\)/5.%20riesgo%20suicida%20colegios.pdf](http://www.umanizales.edu.co/programs/medicina/publicaciones/Revista%20Medicina/archivos_9(2)/5.%20riesgo%20suicida%20colegios.pdf). [Marzo, 2010].
- González, C., Villatoro J., Alcántar I., Medina, M., Fleiz, C., Bermúdez, P., *et al.* 2002. Prevalencia de Intento Suicida en Estudiantes Adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. Rev. Salud Mental. [Serie en línea]. **25** (6): 1-12. Disponible: http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2002/sam_026a.pdf. [Diciembre, 2009].
- Gough, K., Strauss, L., Spiro, M. 1974. «Los nayar y la definición del matrimonio. El origen de la familia», Polémica sobre el origen y la Universalidad de la familia. [En línea]. Disponible: <http://www.scb-icf.net/nodus/141Paters.htm>. [Diciembre, 2009].
- Guibert, W. 2002. Prevención de la Conducta Suicida en la APS. Rev Cubana Med Gen Integr. [Serie en línea]. **18** (2). Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol182_02/mgi09202.htm. [Febrero, 2010].
- Guibert, W., Del Cueto, E. 2003. Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr. [Serie en línea] **19** (5): 324-368. Disponible: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19503/mgi04503.htm#cargo>. [Diciembre, 2009]. [Enero, 2009].
- Kurtz, L., y Derevensky, J. (1993). Stress and coping in adolescents: The effects of family configuration and environment on suicidality. Second International Conference for the Child of the Organization for the Protection of Children's



- Rights .Canadian Journal of School Psychology. [Serie en línea]. **9** (2): 204-216. Disponible: <http://www.geocities.com/oceanhounds/ElSuicidioenadolescentes/htm>. [Diciembre 2009].
- Larraguibel, M., González, M., Martínez, V., Valenzuela, R. 2000. Factores de riesgo de la Conducta Suicida en Niños y Adolescentes. Rev. Chil. Pediatr. [Serie en línea]. **71** (3). Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-4106200000300002&script=sci_arttext&tlng=pt. [Diciembre, 2009].
- López, R. 2009. Evaluación del comportamiento suicida de los adolescentes Atendidos en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca en el periodo de Octubre del 2008 a Enero del 2009. [En línea] Disponible: http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/2009/psiquiatria/Evaluacion_Comportamiento_Suicida_de_Adolescentes.pdf. [Febrero, 2010].
- Meza, T., Tescaritt, J. 2009. Factores psicosocioculturales y neurobiológicos de la conducta suicida: Artículo de revisión. Rev. De Medicina y Cs. de la Salud. [Serie en línea]. **13** (3). Disponible: http://www.psiquiatria.com/articulos/psiqgeneralyotrasareas/urgencias_psiq/suicidio/44482/. [Diciembre, 2009].
- Mikulic, I. 2002. Desesperanza: Aportes de la Escala de De desesperanza de A. Beck (BHS) a la evaluación Psicológica. Ficha de la Cátedra. Dep. de Publicaciones, Facultad de Psicología. [Serie en línea]. (6): 1-11. Disponible: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/059_psiometricas1/tecnicas_psiometricas/archivos/f6.pdf. [Diciembre, 2009].
- Montesino, C. 2004, Agosto. Comportamiento de la conducta suicida en el municipio pinareño de San Luis. Rev Cubana Enfermer. [En línea]. **20** (2). Disponible:



“[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-031920040002000005 &lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-031920040002000005&lng=es&nrm=iso). [Diciembre, 2009].

Montoya, M. 2008, Diciembre. Un breve recorrido Histórico por algunas significaciones Socio-Culturales del Suicidio como Construcción Social. [En línea]. Disponible: [http://www.funlam.edu.co/poiesis/Edicion016/Significaciones suicidio.MarcelaMontoya.pdf](http://www.funlam.edu.co/poiesis/Edicion016/Significaciones%20suicidio.MarcelaMontoya.pdf). [Diciembre, 2009].

Mosquera, F. 2006. El comportamiento suicida. Avances en Psiquiatría Biológica. [Serie en línea]. (7): 78-89. Disponible: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/Avances/vol7/doc/6-el-comportamiento.pdf>. [Enero, 2009].

Montiel, R. 2006. La Depresión y el Suicidio. Disponible: <http://www.espaciofamiliar.net/articulo.asp?id=4360>. [Enero, 2009].

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2004. El Suicidio, un problema de Salud Pública enorme y sin embargo prevenible. pp. 2.

Oquendo, M., Mann, J. 2003. Un modelo para comprender el riesgo de conducta suicida: factores neurobiológicos y psicológicos. [En línea]. Disponible: <http://www.herrerros.com.ar/melanco/monopsisui.htm>. [Enero, 2009].

Pérez, I., Ibáñez, M., Reyes, J., Fajardo, J., Suárez, M. 2008. Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006 Rev. Salud Pública (Bogotá). [Serie en línea]. **10** (3): 374-385. Disponible: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642003000200000&script=sci_arttext&lng=pt. [Marzo, 2010].

Pérez, S. 2005. Prevención del Suicidio por el Médico General. Principios para su Capacitación. Rev Electron Biomed. [Serie en línea]. 3: 47-52. Disponible: <http://biomed.uninet.edu/2005/n3/perezb.pdf>. [Marzo, 2010].



- Pérez, A. 1999. El Suicidio, Comportamiento y Prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Serie en línea]. **15**(2):196-217. Disponible: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n2/mgi13299.pdf>. [Febrero, 2010].
- Rivas, A. 2008. Tipos de Sistema Familiar y Riesgo Suicida en Adolescentes. [En línea]. Disponible: <http://grupos.emagister.com/ficheros/dspflashview?idFichero=80593>. [Marzo, 2010].
- Romero, F. 1998. Las familias Monoparentales. Nuevos interrogantes para la educación familiar. *Anuario de Filosofía, Psicología y Sociología*. [Serie en línea]. 1: 169-182. Disponible: http://acceda.ulpgc.es/bitstream/10553/3468/1/023719000000_0011.pdf. [Enero, 2009].
- Sarracent A., Corpiño, E. 2006. Comportamiento de la conducta suicida en el Hospital General “Calixto García Iñiguez” (años 2000-2004). *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*. [Serie en Línea]. **3** (2). Disponible: <http://www.revistahph.sld.Cu/hph0206/hph02206.htm>. [Enero 2010].
- Saavedra, J. 2010. Familia: tipos y modos. [Serie en Línea]. Disponible: <http://www.monografias.com/trabajos26/tipos-familia/tipos-familia.shtml#tipos>. [Enero 2010].
- Sánchez, R., Guzmán, Y., Cáceres, H. 2005. Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Rev. Col. Psiqui.* [Serie en Línea]. **XXXIV** (1): 12-25. Disponible: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=30812&id_seccion=1783&id_ejemplar=3162&id_revista=115. [Enero 2010].



Vázquez, R. 2007. Una Urgencia Singular: el intento de suicidio en niños y adolescentes. [En Línea]. Disponible: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/publicaciones/documentos/10-URGENCIA.pdf>. [Enero 2010].



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	Factores de Riesgo Psicosociales en la Conducta Suicida de los Adolescentes. Maturín, Estado Monagas. Diciembre 2009-Julio 2010.
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / E MAIL
Pérez B., María F.	CVLAC: 16.809.892 E MAIL: fernanda0669@hotmail.com
Vásquez S., Pedro A.	CVLAC: 15.877.425 E MAIL: pavz19@hotmail.com
	CVLAC: E MAIL:
	CVLAC: E MAIL:

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Conducta Suicida, Adolescentes, Factores de Riesgo.



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA	SUBÀREA
Departamento de Salud Mental	Psiquiatría

RESUMEN (ABSTRACT):

En las últimas décadas la conducta suicida en jóvenes se ha incrementado en el ámbito mundial, y Venezuela no está exenta de ello. Razón por la cual, se realizó este estudio con el objetivo de Determinar los Factores de Riesgo Psicosociales en la Conducta Suicida de los Adolescentes en la Institución Privada Unidad Educativa “Padre Claret” e Institución Pública “Escuela Técnica Industrial Bolivariana”, en Maturín, Estado Monagas. Se diseñó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y de campo, aplicado a 140 alumnos del 9no grado al 2do del Ciclo Diversificado, en edades entre 14 y 19 años. Para la recolección de datos se empleó una encuesta, cuyo contenido refleja variables sociales y epidemiológicas, así como el Cuestionario de Indicadores de Riesgo de Guibert y Del Cueto, la Escala de Desesperanza de Beck y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y HM Van Praga. Se obtuvo que el 7,14% manifestó intento suicida previo, prevaleciendo el sexo femenino con 40,0% a los 14 años (30,0%), a predominio de la Institución Privada (60,0%). La familia monoparental predominó en 37,9%. La Falta de Apoyo Social y Familiar preponderó en un 52,8% como factor de riesgo, seguida por Desesperanza y Culpa (35,6%), Depresión Mayor (35,0%) e Impulsividad (30,6%). La Escala de Riesgo Suicida de Plutchik demostró que el 16,4% tiene alto riesgo suicida y según la Escala de Beck presentó riesgo el 53,6%. Se concluyó que la detección precoz de los factores de riesgo en las Instituciones Educativas es primordial con el fin de evitar el incremento de las conductas suicidas.



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU x	JU
Conquista, Norma	CVLAC:	8.365.727			
	E_MAIL	Nconquistalira3@hotmail.com			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU x
Rodiz, Dioni	CVLAC:	5.549.261			
	E_MAIL	rdioni@hotmail.com			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU x
Cipriani, Hector	CVLAC:	4.647.443			
	E_MAIL	Hecq53@hotmail.com			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2010	08	11
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis. Factores de Riesgo Psicosociales en la Conducta Suicida de los Adolescentes. Maturín, Estado Monagas. Diciembre 2009-Julio 2010.	.doc

ALCANCE

ESPACIAL: Unidad Educativa “Padre Claret” y Escuela Técnica Industrial Bolivariana. Maturín, Estado Monagas.

TEMPORAL: 10 años

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico Cirujano.

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado.

ÁREA DE ESTUDIO:

Departamento de Salud Mental.

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente _ Núcleo Bolívar.



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

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

María, Pérez

AUTOR

Pedro, Vásquez

AUTOR

Dra. Norma, Conquista

TUTOR

Dra. Dionni, Rodiz

JURADO

Dr. Héctor, Cipriani

JURADO

POR LA SUBCOMISION DE TESIS
