



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

**RIESGO SUICIDA Y COHESIÓN FAMILIAR EN ESTUDIANTES
DE LA CARRERA DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE
ORIENTE. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. FEBRERO
2010.**

Asesores:

Lic. Yanireth Montero.
Dra. Norma Conquista.

Trabajo presentado por:

Br. García Hernández, Roselba Lucía

C.I. N° 16.617.160

Br. Ramírez Marcano, Arquímedes José

C.I N° 16.702.498

**Como requisito parcial para optar al título
de Médico Cirujano.**

Ciudad Bolívar, Abril 2010.



INDICE

INDICE	ii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA I	v
DEDICATORIA II	vi
RESUMEN	vii
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	8
OBJETIVOS	10
Objetivo General:	10
Objetivos Específicos:	10
METODOLOGÍA	11
Diseño del estudio	11
Universo.....	11
Muestra	11
Criterios de inclusión.....	12
Criterios de Exclusión	12
Instrumentos	12
Materiales.	16
Procedimientos:	16
Técnica de análisis y procesamiento de datos	17
RESULTADOS	18
Tabla N ⁰ 1	20
Tabla N ⁰ 2	21
Tabla N ⁰ 3	22
Tabla N ⁰ 4	23
Tabla N ⁰ 5	24
Tabla N ⁰ 6	25



DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES.....	31
RECOMENDACIONES.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	38



AGRADECIMIENTO

A Dios por darnos la Vida.

A la Licenciada Yanireth Montero y Doctora Norma Conquista por tan valiosa colaboración y asesoramiento.

Al Licenciado Ivan Amaya por su asesoramiento en la parte estadística fundamental para este tipo de investigaciones.

A los estudiantes de Medicina de la Escuela de Ciencias De la Salud “Dr. Francisco Battistini Casalta”, sin ellos este estudio no hubiese sido posible.

A la Ingeniero Elimar Bermúdez y Licenciada Yohira Ramírez por su paciencia en el momento de enseñarnos a manejar los programas informáticos.



DEDICATORIA I

A Dios y toda su corte celestial quien iluminó siempre el camino recorrido y me dio la fortaleza suficiente para continuar adelante y lograr esta meta.

A mis padres Rosa Hernández de Cásares y Hernán García quienes estuvieron siempre allí para aconsejarme y apoyarme en todo momento de mi vida.

A mis Padrinos Marialix Gómez de Bermúdez y Elio Bermúdez quienes fueron otros padres para mí durante toda la carrera, ayudándome en todo momento y brindándome todo su cariño.

A mis queridísimos abuelos Sady García, Ana de García y Elba Hernández quienes me han dado todo el amor, respeto, fuerza para continuar, parte de lo que soy se los debo a ustedes, este logro también les pertenece!

A mis tíos y tías, pero en especial a mi tía Sulmira García quien sembró en mi el deseo de estudiar, y superarme, ¡Muchas Gracias!

A mis hermanos, hermanas, primas y sobrinos quienes son mi gran estímulo, con constancia y dedicación las metas se logran.

A Elimar Bermúdez, has sido una gran hermana, te aprecio muchísimo.

A Arquímedes Ramírez, quien me ha brindado todo el amor y apoyo, formas parte importante en mi vida.

A todas las personas que contribuyeron a este logro.

Roselba García H.



DEDICATORIA II

A Dios por darme la vida.

A mis padres Silvio Ramírez y Yadira Marcano por darme la formación humana, inculcarme valores, enseñarme la importancia de los estudios, confiar en mí en el momento de decidir iniciar esta hermosa profesión, pero sobre todo por su Amor.

A mis hermanas Yahira, Yohira y Yanira Ramírez por su ejemplo, comprensión y cariño.

A mi querido Amor, amiga y compañera de toda la carrera Roselba García, por todos los momentos compartidos, por su apoyo y por todo el empeño puesto en la dirección de este trabajo de investigación.

A mis amigos porque cada uno de ellos a influido en mi vida, en mi manera de ser y en las decisiones que he tomado.

A mi primo Luis Carlos López Marcano por hacerme reflexionar, darme la serenidad que necesitaba para darle rumbo correcto a mis estudios y por cuidar cada uno de mis pasos desde el cielo. Te extraño.

Arquímedes J Ramírez M.



Riesgo Suicida y Cohesión Familiar en estudiantes de la carrera de Medicina.

Universidad de Oriente. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Febrero 2010.

García, H., Roselba, L; Ramírez, M., Arquímedes, J.

Universidad de Oriente.

Tutores:

Prof. Yanireth Montero.

Dra. Norma Conquista.

RESUMEN

En la actualidad, el suicidio es una problemática relevante a nivel internacional, debido a su alta prevalencia y a su progresivo aumento a través de las décadas, constituyendo un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible. El objetivo de este estudio fue comprobar la relación existente entre el riesgo suicida y cohesión familiar en los estudiantes pertenecientes a los semestres de 3ero a 6to de la carrera de Medicina de la Escuela de Ciencias de la Salud “Dr. Francisco Battistini Casalta” de la Universidad de Oriente en Ciudad Bolívar-Estado Bolívar, Febrero 2010. Esta investigación es de tipo correlacional causal, que se realizó en forma transversal, no experimental. Se seleccionaron de manera intencional probabilística 235 estudiantes, 169 del sexo femenino y 66 del sexo masculino, con rango de edades entre 18 y 26 años. A cada estudiante se le realizó una encuesta donde se recolectaron datos personales y se aplicaron dos instrumentos: el primero de ellos evaluó Riesgo Suicida y el segundo Cohesión Familiar. Encontrándose que el 9,79% de la población estudiada presentó riesgo suicida, de los cuales 7,23% eran del sexo femenino y 2,55% del sexo masculino. El 5,11% de los estudiantes con riesgo suicida presentaron cohesión familiar disgregada, evidenciando relación significativa al nivel $p < 0,05$, además de presentar la razón de verosimilitud de 0,994, lo cual indica interdependencia desde el punto de vista estadístico entre riesgo suicida y cohesión familiar disgregada.

Palabras Claves: Riesgo Suicida, Cohesión Familiar, Estudiantes de Medicina.



INTRODUCCIÓN

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cuan engranaje de una maquinaria, en dicha composición tenemos a el subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), todas las familias tienen características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como: la composición (nuclear, extensa o compuesta), el desarrollo (tradicional o moderna), la demografía (urbana, suburbana o rural), la ocupación (campesino, empleado, profesionista), la integración (integrada, semi-integrada, desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer ya que son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar¹.

Lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y obliga a conocer la jerarquía, entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser: autoritaria, indiferente, negligente, indulgente, permisiva o recíproca con autoridad, los límites que representan las reglas y que delimitan las jerarquías, pueden ser claros, difusos o rígidos, la comunicación es la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser directa, enmascarada o desplazada^{1,2}.

La importancia de conocer estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad así como lo expresó Huerta, donde se enfatizó la importancia de investigar los factores que pueden modificar la dinámica familiar ya que de un total de 413 familias encuestadas con FACES III el 89% era disfuncional al momento del estudio siendo el factor más asociado a disfunción el tener a un integrante enfermo^{1,3}.



En este sentido, Olson define la cohesión familiar como el vínculo emocional y autonomía existente entre los miembros de la familia (independencia, límites internos y externos, límites generacionales, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, interés y ocio)².

Existen varios conceptos o variables específicas para diagnosticar y medir las dimensiones de cohesión familiar: unión emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de recreación. Dentro de la dimensión de cohesión es posible distinguir cuatro niveles: disgregada (muy baja), semirrelacionada (baja a moderada), relacionada (moderada a alta) y aglutinada (muy alta)³.

La cohesión disgregada se refiere a familias donde prevalece el "yo", es decir, hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal. En la cohesión semirrelacionada si bien domina el "yo" existe presencia de un "nosotros"; además se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia. En la cohesión relacionada, predomina el "nosotros" con presencia del "yo"; son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia. Finalmente en la cohesión aglutinada, destaca el "nosotros", apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común³.

En Latinoamérica diversos investigadores sugieren vinculación entre la cohesión familiar y suicidio, Muñoz ha reconocido que niveles bajos de cohesión familiar se asocian con un mayor riesgo de ideación suicida, otros han encontrado



que la cohesión familiar es un factor protector contra la ideación suicida⁴. Pérez, presenta al intento de suicidio como el principal factor de riesgo para el suicidio consumado, siendo mayor el riesgo durante el primer año. La evidencia muestra que del 30 % al 60 % de las muertes suicidas han sido precedidas por intentos⁵.

La conducta suicida puede entenderse como un proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por el intento de suicidio hasta concluir con la muerte autoinfligida, es decir, el suicidio consumado. La ideación suicida, parte de este proceso se considera así, como un proceso heterogéneo. Las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de falta de valor de la vida hasta la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte y, en algunos casos, una intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva. La ideación suicida previa es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio, y ha sido mucho menos estudiada que el intento suicida y el suicidio consumado⁴.

El sociólogo francés Emile Durkheim fue el primero en dar una definición de suicidio que aún hoy es aceptada por los expertos. "Es toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que ella debía producir ese resultado". En esta definición se manifiesta que el suicidio puede influir en la familia, en la comunidad y en la sociedad y puede ser vista según las costumbres y las ideologías como un acto que beneficia a los individuos y al sujeto, o puede generar consecuencias negativas y desastrosas en el ambiente donde sucede; también demuestra que el sujeto debe ser consciente de las consecuencias del acto, aunque estas no sean totalmente similares a las previstas⁶.

Según la Organización Mundial de la Salud, el Suicidio está ubicado entre las diez primeras causas de muerte y cada día en el mundo se suicidan mil personas. Lo que parece indicar que, aunque median problemas psicológicos, mentales, o la



influencia del entorno, el hombre, como decía Ciorán, es soberano sobre su propia Vida y, al suicidarse, "prefigura el destino de la humanidad", que finalmente es la muerte⁶.

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, define al suicidio como "la muerte ocasionada por la lesión autoinflingida informada como intencional". Las expresiones de la conducta suicida incluyen entre otras: el intento suicida, definido como un acto autolesivo con cualquier grado de intención letal; el parasuicidio, o acto no mortal de autolesión deliberada; y la ideación suicida, constituida por pensamientos, planes o deseos persistentes de cometer suicidio⁵.

Los intentos suicidas se presentan aproximadamente 70 veces más que los suicidios consumados, y se ha identificado al intento como uno de los mejores predictores del suicidio consumado⁷.

La investigación sobre los factores de riesgo para el intento suicida ha establecido una relación con antecedentes de depresión, intentos previos de suicidio, antecedentes familiares psiquiátricos, separación familiar, desordenes crónicos físicos debilitantes o enfermedades psiquiátricas, alcoholismo asociado en un 50%, vivir fuera del hogar, antecedentes de abuso físico, sexual, problemas psicosociales y estrés familiar como conflictos entre los padres, ruptura de una relación amorosa, comunicación conflictiva; bajos niveles de cercanía afectiva; altos niveles de control parental, estructura familiar inestable, dificultades escolares, problemas legales, aislamiento social, enfermedades psicosomáticas; alteraciones neuropsicológicas como déficit en funciones ejecutivas, fluidez verbal, razonamiento lógico mediado por el lenguaje, entre otros⁸.

Conocer la magnitud de este problema en su justa dimensión es un reto pues, por un lado, se sabe que, por temor al estigma social y religioso, se trata de ocultar



y/o enmascarar el suceso. Por el otro lado, las estimaciones epidemiológicas se fundamentan en los registros oficiales; al respecto, es conocida la dificultad que existe para establecer y mantener los mecanismos y clasificaciones confiables que den cuenta de los suicidios consumados y de los intentos. De acuerdo con Híjar y colabores un ejemplo de esto es que los intentos de suicidio no tienen que notificarse legalmente, mientras que es obligatorio registrar los suicidios consumados⁷.

En la actualidad, el suicidio es una problemática relevante a nivel internacional, debido a su alta prevalencia y a su progresivo aumento a través de las décadas. Uno de los factores de riesgo más importante para la consecución de un suicidio es el intento suicida. Se estima que entre 2% y 12% de la población joven ha tratado quitarse la vida, constituyéndose en un motivo frecuente de consulta en salud mental y en un grave problema para la salud pública⁹.

El suicidio constituye un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de unos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones. Se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y guerras⁴.

Entre los países que informan sobre la incidencia de suicidios, las tasas más altas se dan en Europa del este, y las más bajas sobre todo 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 años⁴.

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 mujeres¹⁰.

En este grupo etario la tasa de mortalidad por suicidio se ha incrementado, constituyendo actualmente la segunda causa de muerte en la mayoría de los países, en comparación con el resto de los grupos etarios, en los últimos 40 años, alcanzando la cifra de 14,2 por 100 000 en varones y 12 por 100 000 en mujeres en el año 2003 a nivel mundial⁴.

En Venezuela (cifras de 1999), el suicidio constituye un problema de salud pública ya que, conjuntamente con los homicidios, se ubica dentro de las diez primeras causas de muerte, con una tasa de 26.6 por cada 100.000. De acuerdo con los datos disponibles en el Departamento de Prevención y Hechos Violentos de la Corporación de Salud del Estado Mérida, para el año 1998, el suicidio fue la segunda causa de muerte violenta de la población¹¹. Mientras que para el año 2005, la mortalidad por suicidio en Venezuela fue de 3,80 por 100.000 habitantes¹².

El 76% de los suicidios en Venezuela ocurren en el grupo etario comprendido entre 11-40 años lo cual involucra significativamente a los adolescentes y adultos jóvenes, representando un grave problema social por constituir la mayor fuerza productiva del país. Las ocupaciones con mayor frecuencia de suicidios correspondieron a los obreros, estudiantes y oficios de hogar^{12, 4}.

En cuanto a la morbilidad del Estado Bolívar se registró para el año 2000 un total de casos de intento de suicidio de 81 (100%) de los cuales 33 (40,79%) fueron



casos pertenecientes al sexo femenino y de 48 (59,26%) fueron casos pertenecientes al sexo masculino. En cuanto al grupo etario predominante de intentos de suicidio quedó ubicado entre 15 y 24 años con un total de 48 casos (59,26%)⁹.

En el Estado Bolívar según la Comisión Regional de Accidentes de todo tipo y Hechos Violentos del Instituto de Salud Pública, para el año 2004 el suicidio en el grupo etario de 15 a 24 años alcanzó una proporción de 39.68% del total de muertes por suicidio ocurridas en el estado. Igualmente reportan un total de 48% de intentos de suicidio registrados para este grupo etareo¹³.

Conquista, en un estudio clínico realizado con 21 casos con intentos suicidas, ingresados en el Hospital Ruiz y Páez del Estado Bolívar, en el período comprendido de junio 97 a agosto 99, encontró que el 100% de la muestra presentó problemas de interrelación familiar. En los casos estudiados, el suicidio fue más frecuente en el grupo de edades comprendido entre 16 y 17 años con un 52%¹⁴.

Debido a que no existen estudios previos de Riesgo Suicida y Cohesión Familiar en Venezuela se considera apremiante realizar este estudio, que servirá de base para estudios posteriores, igualmente se conocerá la prevalencia en el grupo de riesgo para adoptar medidas preventivas, ya que afecta la calidad de vida del paciente y familiares, además de conducir en otros casos a la muerte.



JUSTIFICACIÓN

Durante los últimos 50 años según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, la tasa de morbilidad a causa del suicidio ha incrementado en un 60%. Cada año se suicidan más de un millón de personas y las lesiones auto infligidas no fatales son probablemente al menos veinte veces mayores que los suicidios, registrándose un aumento alarmante en edades comprendidas entre 15 y 25 años. Las investigaciones han podido determinar que existe diferencia entre países desarrollados, donde las cifras son elevadas y los que están en vías de desarrollo, donde este problema ha ido aumentando progresivamente. Venezuela no escapa de esta situación, para el año 2005 constituyó la cuarta causa de mortalidad junto con los homicidios, involucrando significativamente a los adolescentes y adultos jóvenes.

Así, resultan apremiantes y oportunos los esfuerzos profilácticos y preventivos respecto a esta condición que se va configurando como un problema de salud pública. Es necesario no perder de vista la importancia del contexto social, identificando, desde luego, a los grupos de población de alto riesgo, además de establecer estrategias preventivas de corto y de mediano plazo. Numerosas variables biológicas, psicológicas y sociales han sido investigadas como factores que se relacionan con suicidio. Algunas de ellas, como género, depresión, desesperanza, consumo indebido de alcohol y drogas han sido ampliamente estudiadas. Otras, como personalidad, ansiedad, violencia, abuso en la infancia, familia con antecedente de suicidio y/o de enfermedades psiquiátricas, les siguen en orden de frecuencia de estudio. En cambio, la cohesión familiar, ha sido generalmente citada, pero menos explorada.

El presente estudio permitió establecer la relación existente entre el riesgo suicida y cohesión familiar, dos categorías que no habían sido estudiadas



simultáneamente en Venezuela y que constituirá el preámbulo para otros trabajos de investigación.



OBJETIVOS

Objetivo General:

Comprobar la relación existente entre el riesgo suicida y cohesión familiar en los estudiantes pertenecientes a los Semestres de 3ero a 6to de la carrera de Medicina de la Escuela de Ciencias de la Salud “Dr. Francisco Battistini Casalta” de la Universidad de Oriente en Ciudad Bolívar-Estado Bolívar, Febrero 2010.

Objetivos Específicos:

- Categorizar población estudiada según riesgo suicida.
- Señalar riesgo suicida según edad y sexo.
- Relacionar riesgo suicida y cohesión familiar
- Describir cohesión familiar en estudiantes con riesgo suicida



METODOLOGÍA

Diseño del estudio

El presente trabajo se trata de un estudio de tipo correlacional causal, que se realizó en forma Transversal, no experimental cuyo propósito fue determinar la relación entre el riesgo suicida y la cohesión familiar en un grupo de estudiantes universitarios.

Universo

Representado por estudiantes de Medicina pertenecientes a la Escuela de Ciencias de la Salud “Dr. Francisco Battistini Casalta” de la Universidad de Oriente en Ciudad Bolívar-Estado Bolívar, Febrero 2010.

Muestra

Se seleccionaron de manera intencional probabilística, los estudiantes, de sexo femenino y masculino con rango de edades comprendida entre 18 y 26 años, pertenecientes a los Semestres de 3ero a 6to, de la Escuela de Ciencias de la Salud “Dr. Francisco Battistini Casalta” de la Universidad de Oriente en Ciudad Bolívar-Estado Bolívar, Febrero 2010.



Criterios de inclusión

Alumnos pertenecientes a los Semestres de 3ero a 6to de la Escuela de Ciencias de la Salud “Dr. Francisco Battistini Casalta”, que cumplan con las siguientes características:

- Estudiantes de la carrera de Medicina.
- Edades comprendidas entre los 18 y 26 años.

Criterios de Exclusión

Dada las características de la investigación no se describen criterios de exclusión.

Instrumentos

La Escala de Riesgo Suicida fue diseñada por Plutchik con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica.

Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO. Procede de una versión de 26 ítems. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems.

Los autores de la escala original proponen un punto de corte de 8 puntos (cuando utilizan la versión de 26 ítems), con una sensibilidad y especificidad del 68%.



En la validación española, cuyos autores son: Rubio, Montero, Jáuregui, Villanueva, Casado, Marín, Santo Domingo en el año de 1998; el punto de corte propuesto son 6 puntos. Sensibilidad de 74% y especificidad de 95% para distinguir entre controles y pacientes (tentativas de suicidio y trastornos de la personalidad). Con el mismo punto de corte la sensibilidad y especificidad son del 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativa de suicidio frente a los que nunca habían realizado ninguna.

Fiabilidad:

La consistencia interna de la escala original era de 0,84 (alfa de Cronbach).

En la validación española, era incluso superior 0,90. La fiabilidad test-retest tras 72 horas era de 0,89.

Validez:

En la escala original para un punto de corte de 8 (26 ítems) la sensibilidad y especificidad era del 68%.

En la validación española para un punto de corte de 6 la sensibilidad y especificidad era de 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativas suicidas y aquellos que nunca las habían tenido.

La Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III (FACES III) es la tercer versión de The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, instrumento desarrollado por David H. Olson y col. en 1985 y basado conceptualmente en el Modelo circunflejo de subsistemas maritales y familiares, concebido por los mismos autores. Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar



El FACES III un instrumento de autoaplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). Fue traducida al español por Gómez-Clavelina y col. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) con valores de 1 a 5.

El cuestionario se aplica a personas mayores de 10 años, que sean miembros de familias con hijos y que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo con la escala de calificación que aparece en la parte superior del cuestionario (de 1 a 5), considerando cada aseveración con relación a su familia. Se debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que el entrevistado considera que su familia reacciona en forma habitual, no de la manera en que piensa que debería reaccionar. El encuestador se abstendrá de dar lectura al cuestionario, permitiendo que la persona entrevistada lo haga por sí misma. No obstante, podrá aclarar las dudas que surjan con relación al significado de palabras o aseveraciones, evitando sugerir respuestas.

La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes de los ítems nones y la de adaptabilidad a la de los ítems pares, calificándolas según la siguiente tabla:

		↓ Cohesión ↑			
		Disgregada 10 a 34	Semirrelacionada 35 a 40	Relacionada 41 a 45	Aglutinada 46 a 50
↓ Adaptabilidad	Caótica 29 a 50	Caóticamente Disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
	Flexible 25 a 28	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
	Estructurada 20 a 24	Estructuralment e disgregada	Estructuralmente semirrelacionada	Estructuralme nte relacionada	Estructural- mente aglutinada
	Rígida 10 a 19	Rígidamente Disgregada	Rígidamente semirrelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente Aglutinada



En este estudio se utilizaron los 10 ítems que evalúan cohesión familiar.

Los análisis de fiabilidad realizados por Olson (1989) ofrecen datos de significación moderada: $\alpha = 0,77$ en cohesión y $\alpha = 0,62$ en adaptabilidad, mientras que el total de la escala muestra un alpha de 0,68. El coeficiente de fiabilidad, para toda la escala, obtenido en este estudio ha sido de 0,76.

Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell y Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena (2003), este estudio muestra la validez y la confiabilidad de la versión española de la FACES III. En efecto, el coeficiente alpha de Cronbach obtenido fue de 0,55 considerado aceptable. La validez de constructo fue estimada a partir del análisis factorial de los componentes principales, encontrándose los mismos dos factores identificados en la escala original. Cuando se realiza un análisis factorial de 2º orden, se obtiene una validez explicada de 47,67%.

Validez y confiabilidad de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar de Olson, para la escuela de Psicología de la Universidad César Vallejo de Trujillo (2005), se obtuvo a través del método de las mitades (métodos Split Half de Guttman), que consistió en hallar el coeficiente de correlación de Pearson entre las dos mitades de ítems agrupados en ítems pares e ítem impares, donde se obtuvo un coeficiente de 0,7119, para luego corregirlo con la fórmula de Spearman Brown, donde se obtuvo un coeficiente de 0,81 09 lo que permite afirmar que el instrumento es confiable. La validez de la escala Faces III, se obtuvo a través del análisis de correlación ítems test, utilizando para ello el estadístico del Producto Momento de Pearson. Donde se determinó que los 40 ítems de la versión original eran válidos, es decir que obtuvieron un índice de validez mayor o igual a 0.20.



Materiales.

1. Encuesta
2. Lápices
3. Hojas

Procedimientos:

1. Se obtuvo el permiso de las autoridades de la Escuela de Ciencias de la Salud “Dr. Francisco Battistini Casalta”.
2. Se determinó el tamaño de la muestra cuyo resultado fue de 235 mediante la Ecuación de Fischer.
3. Para la obtención de la información los alumnos fueron escogidos estrictamente al azar a través de un sorteo simple sin reposición.
4. Se dictaron charlas de motivación para facilitar la participación y colaboración de los encuestados, sin manifestar el motivo real de la investigación.
5. Para la recolección de la información se aplicaron dos instrumentos tipo cuestionario con preguntas cerradas, uno de ellos dicotómica y el otro tipo “escalar de likert”.
6. Se realizó una prueba piloto que se aplicó a 30 estudiantes para su validación, resultando confiabilidad Alfa Cronbach de 0,8 para la Escala de Riesgo Suicida diseñada por Plutchik y 0,7 para la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III (FACES III) donde solo se evaluó cohesión familiar.
7. La encuesta fue estructurada en 4 partes: 1. Datos personales. 2. Quince ítems con preguntas cerradas dicotómicas que evaluaron riesgo suicida. 3. Diez ítems con preguntas cerradas tipo Likert que evaluaron cohesión familiar.



8. Se comenzó interrogando datos personales del estudiante: edad, sexo, semestre que cursa, datos de convivencia, Quince ítems que evaluaron riesgo suicida. Diez ítems que evaluaron cohesión familiar.

9. Después de haber completado el período de recolección de datos personales se aplicaron los instrumentos.

Técnica de análisis y procesamiento de datos

Los datos se obtuvieron con la aplicación de la encuesta, se analizaron mediante números absolutos y porcentajes. Se utilizó el programa SPSS versión 16 para la representación de los datos. Para realizar la inferencia estadística se aplicó el test exacto de Fischer, en función intervalos de frecuencia menores de 5, esto permitió comprobar la interdependencia de las variables cualitativas estudiadas. También se empleó la razón de verosimilitud modificada por Pearson para estimar la correlación entre la variable riesgo suicida y cohesión familiar, considerándose positiva en el caso que el valor “r” fuera cercano a 1.



RESULTADOS

El presente trabajo se realizó en estudiantes de medicina con edades comprendidas entre 18 y 26 años, pertenecientes a la Escuela de Ciencias de la Salud “Dr. Francisco Battistini Casalta”, para Comprobar la relación existente entre el riesgo suicida y cohesión familiar, se evaluaron 235 sujetos de los cuales 169 (71,91%) eran del sexo femenino y 66 (28,09%) del sexo masculino. La población estudiada tenía una edad media de 19,70, siendo el grupo etario predominante 18-19 años con 118 (50,21%). (Ver Tabla N^o 1).

Al distribuir a los estudiantes según el tipo de cohesión familiar, se demostró que 89 (37,87%) eran relacionadas, semirrelacionadas 71 (30,21%), disgregadas 40 (17,02%) y aglutinadas 35 (14,89%). Encontrándose la mayoría de los estudiantes con cohesión Relacionada siendo significativo en el grupo etario de 18-19 años con 45 (19,15%), (Ver Tabla N^o 2).

Con respecto a los estudiantes según cohesión familiar y sexo, se obtuvo con cohesión disgregada del sexo femenino 21 (8,94%) y masculino 19 (8,09%), semirrelacionada sexo femenino 50 (21,28%) y 21 (8,94%) masculino, relacionada 74 (31,49%) del sexo femenino y masculino 15 (6,38%), aglutinada femenino 24 (10,21%) y masculino 11 (4,68%). (Ver Tabla N^o 3).

Al distribuir a los estudiantes según riesgo suicida, se encontró que 212 (90,21%) no presentaron riesgo suicida, mientras que 23 (9,79%) presentaron riesgo. De los estudiantes con riesgo suicida el grupo etario con mayor incidencia fue 20-21 años 13 (5,53%) y en segundo lugar el grupo entre 18-19 años con 7 (2,98%). (Ver Tabla N^o 4).



De los estudiantes con riesgo suicida 17 (7,23%) fueron del sexo femenino, 6 (2,55%) del sexo masculino. En lo que respecta a los estudiantes sin riesgo suicida 152 (64,68%) del sexo femenino y del sexo masculino 60 (25,53%). (Ver Tabla N^o 5).

Al relacionar el riesgo suicida con cohesión familiar, se evidenció 12 (5,11%) de los estudiantes con riesgo suicida presentaron cohesión familiar disgregada, evidenciando relación significativa al nivel $p < 0,05$, además de presentar la razón de verosimilitud de 0,994, lo cual indica interdependencia desde el punto de vista estadístico entre riesgo suicida y cohesión familiar disgregada. (Ver Tabla N^o 6).

**Tabla N^o 1**

Distribución de los estudiantes, según edad y sexo. Escuela de Medicina “Dr. Francisco Battistini Casalta”. Ciudad Bolívar, Febrero 2010.

Grupo de edad (años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No	%
	No	%	No	%		
18 - 19	83	35,32	35	14,89	118	50,21
20 - 21	72	30,64	21	8,94	93	39,57
22 -- 23	10	4,26	3	1,28	13	5,53
24 o más	4	1,70	7	2,98	11	4,68
Total	169	71,91	66	28,09	235	100,00

(x = 19,70; DE=1.5) años



Tabla N^o 2

Distribución de los estudiantes, según cohesión familiar. Escuela de Medicina
 “Dr. Francisco Battistini Casalta”. Ciudad Bolívar, Febrero 2010.

Grupo de edad (años)	Cohesión familiar								Total	
	Disgregada		Semirelacionada		Relacionada		Aglutinada			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
18 – 19	13	5,53	44	18,72	45*	19,15	16	6,81	118	50,21
20 – 21	16	6,81	24	10,21	35	14,89	18	7,66	93	39,57
22 – 23	4	1,70	2	0,85	6	2,55	1	0,43	13	5,53
24 o más	7	2,98	1	0,43	3	1,28	0	0,00	11	4,68
Total	40	17,02	71	30,21	89	37,87	35	14,89	235	100,00

* $\chi^2 = 3,87$; g.l: 3; $p < 0,05$ sig; $n = 235$

**Tabla N° 3**

Distribución de los estudiantes, según cohesión familiar y sexo. Escuela de Medicina “Dr. Francisco Battistini Casalta”. Ciudad Bolívar, Febrero 2010.

Cohesión familiar	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
Disgregada	21	8,94	19	8,09	40	17,02
Semirelacionada	50	21,28	21	8,94	71	30,21
Relacionada	74	31,49	15	6,38	89	37,87
Aglutinada	24	10,21	11	4,68	35	14,89
Total	169	71,91	66	28,09	235	100

* $\chi^2 = 2,11$; g.l: 3; $p > 0,05$ ns; $n = 235$

**Tabla N° 4**

Distribución de los estudiantes, según riesgo suicida. Escuela de Medicina “Dr. Francisco Battistini Casalta”. Ciudad Bolívar, Febrero 2010.

Grupo de edad (años)	Riesgo suicida				Total	
	Sin riesgo		Riesgo		No	%
	No	%	No	%		
18 - 19	110	46,81	7	2,98	117	49,79
20 - 21	81	34,47	13	5,53	94	40,00
22 -- 23	11	4,68	2	0,85	13	5,53
24 o más	10	4,26	1	0,43	11	4,68
Total	212	90,21	23	9,79	235	100,00

* $\chi^2 = 1,98$; g.l: 3; $p > 0,05$ ns; $n = 235$

**Tabla N^o 5**

Distribución de los estudiantes, según riesgo suicida y sexo. Escuela de Medicina “Dr. Francisco Battistini Casalta”. Ciudad Bolívar, Febrero 2010.

Riesgo Suicida	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
Sin riesgo	152	64,68	60	25,53	212	90,21
Riesgo	17	7,23	6	2,55	23	9,79
Total	169	71,91	66	28,09	235	100,00

* $\chi^2 = 3,31$; g.l: 1; $p > 0,05$ ns; $n = 235$



Tabla N° 6

Estudiantes según riesgo suicida y cohesión familiar. Escuela de Medicina
 “Dr. Francisco Battistini Casalta”. Ciudad Bolívar, Febrero 2010.

Cohesión familiar	Riesgo suicida				Total	
	Sin riesgo		Riesgo		No	%
	No	%	No	%		
Disgregada	30	12,77	12*	5,11	42	17,87
Semirelacionada	67	28,51	4	1,70	71	30,21
Relacionada	84	35,74	4	1,70	88	37,45
Aglutinada	31	13,19	3	1,28	34	14,47
Total	212	90,21	23	9,79	235	100,00

* $\chi^2 = 4,74$; g.l: 3; $p < 0,05$ sig; $n = 235$

Sig. Asintótica (bilateral) = 0,006

$1 < r < 1 = 0,994$



DISCUSIÓN

El suicidio en la adolescencia es una trágica realidad ocupando un lugar entre las 10 primeras causas de muerte en la mayoría de los países y la tendencia es a incrementarse según los estimados por la Organización Mundial de la Salud ⁶.

La conducta suicida en sus diferentes niveles, desde el riesgo hasta el suicidio consumado, representa un problema cada vez más relevante en Venezuela, debido a su creciente prevalencia sobre todo en la población joven, su carácter multifactorial y la necesidad de diagnosticar el riesgo suicida en las etapas iniciales para promover la disponibilidad y uso adecuado de los servicios de salud mental, tanto a nivel institucional como interinstitucional en el caso de los adolescentes y los estudiantes universitarios¹⁵.

No obstante, se desconoce el peso específico de cada factor de riesgo o, lo que es más importante, la interacción o sinergismo de dichos factores en el desarrollo del riesgo suicida. Lo anterior exige analizar las circunstancias sociales y familiares actuales, así como las características personales que puedan precipitar la conducta suicida en la población joven¹⁶.

En este estudio se observó, que el 9,79% de la población estudiada presentó riesgo suicida, lo cual es comparable con los resultados obtenidos en un estudio de la Universidad de Manizales, Colombia, donde participaron 235 estudiantes de la facultad de medicina cuya prevalencia de riesgo suicida medido según la escala de riesgo suicida de Plutchik, presentó 11,8% como positivo para riesgo suicida¹⁷, mostrándose de esta manera una diferencia muy pequeña entre ambos estudios, e indicando altos niveles de riesgo suicida en los estudiantes universitarios, coincidiendo con datos reportados a nivel internacional.



El suicidio tiene una dinámica creciente y la población de adolescentes y adultos jóvenes se considera un grupo vulnerable respecto al suicidio consumado y su tentativa. El interés que despertó últimamente la problemática juvenil por parte de los investigadores se debe a que los jóvenes de hoy pueden vivir las experiencias potencialmente más negativas que los jóvenes de generaciones anteriores. Esto se debe al aumento de la tasa de divorcios y desempleo, consumo de alcohol y drogas en este grupo de población, las dificultades socioeconómicas y la complejidad de los procesos propios del desarrollo psicosocial en esta etapa de la vida¹⁵.

El estudio realizado en el instituto de salud Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, Lima – Perú; en 301 pacientes con intento suicida, el 82,3 % se registró en edades de 18-33 años presentando mayor proporción de 18-23 años, donde el sexo femenino presentó una relación 3:1 con respecto al sexo masculino¹⁸, otro estudio de la Universidad Autónoma de Nicaragua demostró que el sexo que predominó fue el femenino con 51,2% con edades comprendidas entre 15 y 24 años, datos que es de esperarse ya que la literatura internacional infiere que son las mujeres las que presentan mayor intentos suicidas en una proporción 4:1, los jóvenes son quienes intentan suicidarse con mayor frecuencia lo que es motivo de preocupación en muchos países por las crecientes tasas de suicidio¹⁹, resultados comparables con los obtenidos en este trabajo donde el riesgo suicida predominó en el grupo etario de 20-21 años, prevaleciendo el sexo femenino, sin embargo es importante acotar que la población estudiada es de predominio femenino y son las mujeres quienes presentan mayor riesgo suicida.

Cada familia tiene su propio enfoque de la vida, posee distintos intereses, fomenta y desarrolla en sus hijos valores y principios que serán preponderantes, en la etapa del ciclo vital familiar en la cual existe un miembro adolescente es necesario que el sistema reactualice sus roles y límites, adaptándose a las nuevas fuentes de estrés que implica tener un miembro en esta etapa. Si la familia presenta dificultades



en este proceso, tendiendo a una estructura caótica, puede traer consecuencias negativas para el adolescente⁹.

Existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes²⁰.

En un estudio que evaluó el riesgo suicida y relacionó las características psicosociales con dicho riesgo, en una muestra de adultos jóvenes de primer ingreso de la Universidad autónoma Metropolitana del plantel Xochimilco, México, se encontró que existe una asociación ($p < 0.05$) entre el riesgo suicida con disfunción familiar¹⁵. Los resultados del estudio antes mencionado concuerdan con los resultados de esta investigación.

La familia tradicional de la sociedad posmoderna es una entidad cada día menos estable y se caracteriza por la diversidad de estructuras familiares. La masiva incorporación de las mujeres al campo laboral, el estrés laboral, el desempleo, los problemas económicos en la familia y la migración de los progenitores llevan a que los jóvenes tengan menos apoyo psicológico, dentro de la familia y en la sociedad, para superar la etapa de transición, lo que los pone en mayor riesgo de presentar trastornos afectivos, sobre todo del tipo depresivo, que se considera el factor de riesgo más común en conductas suicidas²¹.

El estudio de Orzonio, acerca de la estructura y dinámica familiar de adolescentes de sexo femenino con intento de suicidio evidenció que en su mayoría pertenecían a familias desintegradas²². Estos resultados son similares a los obtenidos



en este trabajo de investigación presentando familias disgregadas en mayor proporción en individuos con riesgo suicida, sin embargo los resultados de esta investigación discrepan con los de la Universidad Católica Santa María, Perú, sobre tipos de sistema familiar y riesgo suicida en adolescentes²³, y en otro estudio realizado por Muñoz, en estudiantes preuniversitarios con edades comprendidas entre 15 y 24 años⁴, donde a pesar de que presentaron familias disgregadas, las amalgamadas también fueron representativas. Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de la estructura familiar en cuanto a la definición de los límites del yo, roles y funciones, factores íntimamente relacionados con la aparición de riesgo suicida en adolescentes.

Existen trabajos y un acuerdo generalizado que sostiene la influencia de la familia disfuncional respecto a la aparición de conductas suicida en los jóvenes. Muchos investigadores resaltaron la mala comunicación; conflictos con los padres, así como afecto y apoyo inadecuado de los miembros en estas familias donde la falta de dialogo es el germen de casi todos los problemas. Sin embargo, la sobreprotección familiar, por otro lado, también puede ser considerada como el factor de riesgo para el futuro de los jóvenes, porque no se les enseña a luchar contra la dificultad y afrontar la realidad tal como es^{24, 25, 26}.

Gonzalez-forteza, mencionó que las variables como el estrés en las relaciones familiares y de pares, las respuestas de enfrentamiento inadecuado y la ineficiencia para resolver los conflictos cotidianos pueden ser considerados como factores de riesgo para conductas suicida, en cambio la autoestima y la percepción del apoyo familiar puede ser de gran importancia preventiva²⁷.

Los factores de riesgo de la conducta suicida de origen psicosocial y los desencadenantes, como acontecimientos vitales, han llamado la atención por parte de los investigadores con el fin de detectar las fases iniciales de los trastornos



emocionales y proporcionar una ayuda preventiva y oportuna. Dado a que no se han realizado estudios semejantes en este país, y que las personas tardan en aceptar sus problemas, y menos aún buscar una ayuda, es necesario seguir investigando. Estudios como éste pueden facilitar el reconocimiento del problema, así como favorecer la vinculación de los estudiantes con los servicios institucionales de salud mental.



CONCLUSIONES

- Existe correlación entre riesgo suicida y cohesión familiar.
- Individuos con cohesión familiar disgregada presentan mayor riesgo suicida.
- Un porcentaje significativo de estudiantes de medicina presentan riesgo suicida.
- Del grupo estudiado, los que resultaron con mayor riesgo fueron las edades comprendidas entre 20-21 años.



RECOMENDACIONES

- Sensibilización a toda la población sobre la sintomatología suicida.
- Fomentar el dialogo y el fortalecimiento de los lazos familiares.
- Difundir el uso de oficinas de atención a familias con problemas.
- Orientar la formación de redes de apoyo para personas que tienen una ideación suicida.
 - Crear departamentos públicos especializados en conducta suicida, grupos de apoyo de pares, grupos de intento de suicidio, grupos de padres; grupos de amigos; con formas de organización dirigidos por personas capacitadas para abordar el tema.
 - Realizar pruebas psicológicas de manera regular en la población universitaria que permitan medir grupos de riesgo.
 - Según los resultados obtenidos y tomando en cuenta las características de la población estudiada se sugiere replicar este estudio controlando el sexo.
 - Se sugiere realizar estudios para profundizar sobre este tema.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendoza, LA; Huerta, E; Sainz, L; Gil, I; Mendosa, H; Pérez, C. Enero - Abril, 2006. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad familiar en atención primaria. Archivos en Medicina Familiar. [En línea]. 08 (1): 27-32. Disponible: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/507/50780104.pdf>. [Julio,2009].
2. Gonzales, J; Nuñez, J; Alvarez, L; Rocas, C; González, S; González, P. et al. Abril, 2003. Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conducta autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico. [En línea]. 38 (1): 295-302. Disponible: <http://www.psicothema.es/psicothema.asp?ID=1090>. [Julio, 2009].
3. Zegers, B; Larraín, E; Polaino, A; Trapp, A; Diez, I. Enero, 2003. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [En línea]. 41: (1) 226-233. Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272003000100006&script=sci_arttext. [Septiembre, 2009].
4. Muñoz, J; Pinto, M; Catalla, H; Napa, N; Perales, A. Octubre - Diciembre, 2006. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. [En línea]. Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342006000400002&script=sci_arttext. [Julio,2009].



5. Pérez, I; Ibañes, M; Reyes, J; Atuesta, J; Suárez, M. Junio, 2006. Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. Rev salud pública. [En línea]. 10 (3): 374-385.
Disponibile:http://www.google.co.ve/search?hl=es&rlz=1W1ADBF_es&q=Factores+Asociad+al+Intento+Suicida+en+un+centro+de+atencion+primaria+bogota+20042006&meta. [Julio,2009].
6. Londoño, E. octubre, 2009. Tendencias suicidas en estudiantes de medicina. [En línea].
Disponibile:http://www.elportaldelasalud.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=115. [Octubre, 2009].
7. Gonzáles, C; Berenzo, S; Tello, A; Facio, D; Medina, E. Junio, 1998. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. [En línea].
Disponibile:
http://www.insp.mx/rsp/_files/File/1998/vol%2040%20n5/40_n5%20ideacion%20scida.pdf. [Julio, 2009].
8. Rodríguez, G; Salazar, E. 2005. Factores de riesgo asociados al intento suicida en adolescentes. Complejo Hospitalario Ruiz y Páez. Centro de salud mental. Ciudad Bolívar 2000-2004. Trabajo de Grado. Dpto. de Salud Mental. Esc. Cs. Salud. Bolívar U.D.O. pp 48. (Multígrafo).
9. Pavez, P; Santander, N; Carranza, J; Vera, P. Noviembre, 2009. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. Rev Méd Chile. [En línea]. 137: 226-233.
Disponibile:<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n2/art06.pdf>. [Agosto, 2009].



10. Torres, L; Linares, F. 2000. Una metodología alternativa para evaluar rasgos suicidas. [En línea]. Disponible. <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/14892/1/capitulo5.pdf>. [Septiembre, 2009].
11. Ministerio de Salud, Anuario de Mortalidad 2006. Mortalidad por suicidios y homicidios. Venezuela, 1989 – 2005. [En línea]. Disponible: http://www.mpps.gob.ve/ms/direcciones_msds/Epidemiologia/Estadistica/Archivos/MortalidadGeneral.pdf. [Septiembre, 2009].
12. Díaz, Z; Prieto, G. 1998. Estudio epidemiológico de los suicidios y homicidios en el Estado Bolívar durante el período 1994-1996. Trabajo de Grado. Dpto. de Salud Mental. Esc. Cs. Salud. Bolívar U.D.O. pp 96 . (Multígrafo).
13. Montero de Hernández, Y. 2007. Clima Familiar percibido por adolescentes con conductas suicidas atendidos en la unidad de psicología y psiquiatría clínica infantil del centro de salud mental del Estado Bolívar. Trabajo de Ascenso. Dpto. de Salud Mental. Esc. Cs. Salud. Bolívar U.D.O. pp 62. (Multígrafo).
14. Conquista, N. Factores Psicosociales y ambientales en adolescentes con intentos suicidas. Tesis de Post Grado. Dpto. de Salud Mental. Esc. Cs. Salud. Bolívar U.D.O. pp 75. (Multígrafo).
15. Lazarevich, I; Delgadillo, H; Rodríguez, H; Mora, F. 2009. Indicadores psicosociales de riesgo suicida en los estudiantes universitarios. [En línea]. Disponible. http://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=57653&id_seccion=3011&id_ejemplar=5836&id_revista=180. [Febrero, 2009].



16. González, C; Berenzón, S; Jimenez, A. 1999. Al borde de la muerte: problemática del suicidio en adolescentes. Salud Mental. Número especial. 145-153
17. Páez, M; Castaño, J. Dic, 2009. Estilos de vida y salud en estudiantes de medicina de la universidad de Manizales, 2008. [En línea]. Disponible. [http://www.umanizales.edu.co/programs/medicina/publicaciones/Revista%20Medicina/archivos_9\(2\)/8.%20estilos%20de%20vida%20est%20medici.pdf](http://www.umanizales.edu.co/programs/medicina/publicaciones/Revista%20Medicina/archivos_9(2)/8.%20estilos%20de%20vida%20est%20medici.pdf). [Enero, 2010].
18. Becerra, L; Vite, V. 2003. Caracterización del paciente con intento suicida atendido en el instituto nacional de salud mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, Lima Perú. [En línea]. Disponible. <http://www.cep.org.pe/cicep/revista/volumen1/cap9-12.pdf>. [Febrero, 2010].
19. Cordero, F. Factores de riesgo de intento de suicidio en pacientes atendidos en el servicio de emergencia de cinco hospitales generales del municipio Managua, Nicaragua. Agosto- Octubre 2000. Tesis de Post Grado. Dpto. de Salud Mental. Univ. Nac. Auto. Nica. pp 32. (Multígrafo).
20. Larraguibel, M; Gonzáles, P; Martínez, V; Valenzuela, R. Mayo, 2000. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. [En línea]. Disponible. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002&script=sci_arttext. [Diciembre, 2009].
21. Buendía, J; Riquelme, A; Ruíz, J. 2004. El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida. Universidad de Murcia: servicio de publicaciones.



22. Orzonio, L. Junio - Julio, 2000. Estructura y dinámica familiar de adolescentes de sexo femenino con intento de suicidio. [En línea]. Disponible. <http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/proy/n6/exaula/losornio.html>. [Diciembre, 2009].
23. Rivas, A. Noviembre, 2008. Tipos de sistema familiar y riesgo suicida en adolescentes. [En línea]. Disponible. http://grupos.emagister.com/documento/tipos_de_sistema_familiar_y_riesgo_suicida_en_adolescentes/1000-80593. [Diciembre, 2009].
24. La Fromboise, T. Howard, B. 1998. Suicidal behavior in American Indian female adolescents. In : S Cannetto, D. lester. Editores. Women and suicidal behavior. New York: Springer. 167-173
25. Tousignant, M; Haningan, D. 1993. Crisis support among suicidal students following a loss event. Journal of community psychology. 21: 83-96
26. Asarnow, J. 1992. Suicidal ideation and attempts during middle childhood: association with perceived family stress and depression among child psychiatric inpatients. Journal of clinical child psychology. 21:35-40.
27. Gonzalez-Forteza, C; García, G; Medina, M; Sanchez, A. 1998. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. Salud Mental. 21(3):1-9



ANEXOS



Encuesta para Estudiantes de Medicina

Edad:

Sexo:

Semestre que cursa.

- I. INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que Ud. ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un "SI" o "NO".

	SI	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Está deprimido/a ahora?		
10. ¿Está Vd. separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		
PUNTUACIÓN TOTAL		



II. INSTRUCCIONES: Responder las preguntas de acuerdo con la escala que aparece en la parte superior del cuestionario, considerando cada aseveración con relación a su familia. Se debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que el entrevistado considera que su familia reacciona en forma habitual, no de la manera en que piensa que debería reaccionar.

	1.Nunca	2. Casi nunca	3.Algunas veces	4. Casi siempre	5.Siempre
1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre si					
2. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
3. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
4. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la nuestra familia					
5. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
6. Nos sentimos muy unidos					
7. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente					
8. Con facilidad podemos planear actividades en familia					
9. Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
10. La unión familiar es muy importante					
PUNTUACIÓN TOTAL					



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	Riesgo Suicida y Cohesión Familiar en estudiantes de la carrera de Medicina. Universidad de Oriente. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Febrero 2010.
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / E MAIL
García Hernández, Roselba Lucía	CVLAC:16.617.160 E MAIL: Roselba_lucia_g@hotmail.com
Ramírez Marcano, Arquímedes José	CVLAC:16.702.498 E MAIL:arquimedicina@hotmail.com
	CVLAC: E MAIL:
	CVLAC: E MAIL:

PALÁBRAS O FRASES CLAVES: Riesgo Suicida, Cohesión Familiar, Estudiantes de Medicina.



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA	SUBÀREA
Salud mental	Psiquiatría

RESUMEN (ABSTRACT):

En la actualidad, el suicidio es una problemática relevante a nivel internacional, debido a su alta prevalencia y a su progresivo aumento a través de las décadas, constituyendo un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible. El objetivo de este estudio fue comprobar la relación existente entre el riesgo suicida y cohesión familiar en los estudiantes pertenecientes a los semestres de 3ero a 6to de la carrera de Medicina de la Escuela de Ciencias de la Salud “Dr. Francisco Battistini Casalta” de la Universidad de Oriente en Ciudad Bolívar-Estado Bolívar, Febrero 2010. Esta investigación es de tipo correlacional causal, que se realizó en forma transversal, no experimental. Se seleccionaron de manera intencional probabilística 235 estudiantes, 169 del sexo femenino y 66 del sexo masculino, con rango de edades entre 18 y 26 años. A cada estudiante se le realizó una encuesta donde se recolectaron datos personales y se aplicaron dos instrumentos: el primero de ellos evaluó Riesgo Suicida y el segundo Cohesión Familiar. Encontrándose que el 9,79% de la población estudiada presentó riesgo suicida, de los cuales 7,23% eran del sexo femenino y 2,55% del sexo masculino. El 5,11% de los estudiantes con riesgo suicida presentaron cohesión familiar disgregada, evidenciando relación significativa al nivel $p < 0,05$, además de presentar la razón de verosimilitud de 0,994, lo cual indica interdependencia desde el punto de vista estadístico entre riesgo suicida y cohesión familiar disgregada.

Palabras Claves: Riesgo Suicida, Cohesión Familiar, Estudiantes de Medicina.



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Conquista L; Norma J	ROL	CA	AS	TU X	JU
	CVLAC:	8.365.727			
	E_MAIL	nconquistalira3@cantv.net			
	E_MAIL				
Montero U; Yanireth	ROL	CA	AS	TU X	JU
	CVLAC:	9.861.903			
	E_MAIL	Ymdh20@hotmail.com			
	E_MAIL				
Marquina A; Vanessa A.	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	10.565.377			
	E_MAIL	Cvfm60@hotmail.com			
	E_MAIL				
Ramos; Felix	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	5.076.178			
	E_MAIL	psiquiatra@hotmail.com			
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

AÑO	MES	DÍA
2010	04	28

LENGUAJE. SPA



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis. Riesgo Suicida y Cohesión Familiar en estudiantes de la carrera de Medicina.Doc	MS.word

ALCANCE

ESPACIAL Escuela Cs de la Salud Ciudad Bolivar Edo Bolivar

TEMPORAL: 10 Años

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Medico Cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pre-grado

ÁREA DE ESTUDIO:

Salud Mental

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajos de grados.
“Los trabajos de grados son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizados a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al consejo universitario”.

Roselba García H
AUTOR
Roselba García H

C. J. Amirez
AUTOR
Aracelis Amirez

Norma Conquista
TUTOR
Norma Conquista

Yanireth Montero
TUTOR
Yanireth Montero

Vanessa Marguina
JURADO
Vanessa Marguina

Felix Ramos
JURADO
Felix Ramos

POR LA SUBCOMISION DE TESIS