



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD “Dr. Francisco Batistini”
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
POST-GRADO DE MEDICINA FAMILIAR
NUCLEO BOLIVAR**

**ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR EN EL PERFIL DEL
ADOLESCENTE CON INTENTO SUICIDA. CIUDAD BOLIVAR.
VENEZUELA. AÑO 2005- 2006.**

Trabajo de grado como requisito parcial para optar al título
de médico Especialista en Medicina Familiar

POR: DRA. MARIA I.CIVIDANES.

Ciudad Bolívar, Junio De 2007



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. Francisco Batistini"
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
POST-GRADO DE MEDICINA FAMILIAR
NUCLEO BOLIVAR**

**ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR EN EL PERFIL DEL
ADOLESCENTE CON INTENTO SUICIDA. CIUDAD BOLIVAR.
VENEZUELA. AÑO 2005- 2006.**

**POR:
DRA. MARIA I. CIVIDANES.**

**TUTORA:
DRA. ELHAM ABIFAKER.**

Ciudad Bolívar, Junio De 2007



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Batistini”
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
POST-GRADO DE MEDICINA FAMILIAR
NUCLEO BOLIVAR**

**ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR EN EL PERFIL DEL
ADOLESCENTE CON INTENTO SUICIDA. CIUDAD BOLIVAR.
VENEZUELA. AÑO 2005- 2006.**

**POR:
DRA. MARIA I. CIVIDANES.**

Aprobado por el jurado:

Prof. MILAGROS MACHADO

prof. ELHAM ABIFAKER

Prof. DIONI RODIZ

Ciudad Bolivar, Junio De 2007



INDICE

INDICE	iv
AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
LISTA DE TABLAS	iv
RESUMEN	v
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	6
Objetivos:	6
Objetivo General:	6
Objetivos Específicos:.....	6
Propósito:	7
CAPITULO II	8
MARCO TEORICO	8
<i>Género</i>	10
<i>Edad</i>	12
<i>Disfunción familiar</i>	13
Sistema De Variables:	21
Variable Independiente:	21
Variable Dependiente:.....	22
Definición de Términos:	22
Sistema De Hipótesis	25
Hipótesis general:.....	25
Hipótesis Específica:.....	25
Hipótesis Operativa:.....	25
Hipótesis Nula:.....	26



CAPITULO III	27
METODOLOGIA	27
Diseño de la investigación	27
Universo:.....	27
Criterios de inclusión:	27
Métodos Y Técnicas Para La Recolección De Datos.....	28
Escala de Intencionalidad Suicida de Beck:.....	29
CAPITULO IV	31
Cuadro N° 1	31
Análisis Cuadro N° 1.....	32
Cuadro N° 2.....	33
Análisis Cuadro N° 2.....	34
Cuadro N° 3.....	35
Análisis Cuadro N° 3.....	36
Cuadro N° 4.....	37
Análisis Cuadro N° 4.....	38
CAPITULO V	39
DISCUSION	39
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	43
BIBLIOGRAFIA	44
ANEXOS	46



AGRADECIMIENTO

Finalizando este trabajo, requisito indispensable para obtener el título correspondiente al postgrado de medicina familiar, quiero hacer un alto en este acontecer científico, para referirme en pocas palabras al agradecimiento que le debo a gente que desinteresadamente contribuyeron a que llevara a término estos nuevos estudios que anexo a mi carrera de médico.

En primer lugar tengo presente a los profesores que con sus enseñanzas, consejos y experiencia curricular contribuyeron a esta nueva formación que hoy obtengo.

A mis compañeras y en particular a Yuraima y Lourdes con quien compartí gratos y no tan gratos momentos a través de este nuevo camino que emprendimos juntas, las recordare siempre y habrá un lugar en mis sentimientos que solo ellas pueden ocupar.

No puedo dejar de mencionar a la Dra Elham Abifaker quien asesoro mi tesis, al Dr Gustavo Marcano que fue complaciente en referirme sus conocimientos cuando se los solicite.

A mis colegas residentes de segundo año en este postgrado y que supongo ya están por estos abatares por los que todos pasamos mi reconocimiento de amistad y mi deseo de triunfo.

A la Dra. Norma Conquista que me facilito valiosos aportes a este trabajo que hoy presento.

María Inés



DEDICATORIA

A mi familia que confiaron en mí y me apoyaron siempre, inculcándome con alegría las expectativas positivas que avizoraron para mi futuro, para ellos mi cariño y profundo agradecimiento.

A mi hermana la Dra Diana Cividanes, que puso su granito de arena indicándome oportunamente conceptos que fueron útiles.

A Francia Barradas amiga incondicional que aupo mis aciertos y dejó pasar también a los que así no fueron.

A los pacientes que aparecen en esta tesis de grado que me oyeron y aceptaron darme sus experiencias como tales y sin quienes no hubiera podido realizarla.

A ellos les deseo recuperación y mucha fe en su batallar diario para conquistar la salud.

A todos mi reconocimiento y gratitud.

María Inés



LISTA DE TABLAS

Tablas	Página
1 INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES SEGÚN EDAD Y SEXO. HOSPITAL PSIQUIATRICO. CIUDAD BOLIVAR. ESTADO BOLIVAR. AÑO 2005-2006.....	33
2 GRAVEDAD DE LA TENTATIVA DE SUICIDIO SEGÚN INTEGRACION FAMILIAR. HOSPITAL PSIQUIATRICO .CIUDAD BOLIVAR. EDO BOLIVAR .AÑO 2005-2006.....	35
3 GRAVEDAD DE LA TENTATIVA DE SUICIDIO SEGÚN COHESION. HOSPITAL PSIQUIATRICO. CIUDAD BOLIVAR-EDO BOLIVAR. AÑO 2005-2006.....	37
4 GRAVEDAD DE LA TENTATIVA DE SUICIDIO SEGÚN ADAPTABI_ LIDAD. HOSPITAL PSIQUIATRICO. CIUDAD BOLIVAR-EDO BOLIVAR. AÑO 2005-2006.....	39



RESUMEN

ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR EN EL PERFIL DEL ADOLESCENTE CON INTENTO SUICIDA. CENTRO DE SALUD MENTAL. CIUDAD BOLIVAR 2005-2006.

Autor: Cividanes P María I. Mail: maricividanes@hotmail.com.

Tutora: Abifaker Elham. Mail: wanakel@hotmail.com.

Fecha: Junio, 2007.

Las conductas suicidas en niños y adolescentes se definen como "la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo o la muerte". Se puede entender como un espectro que abarca a las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos o tentativas suicidas) y los suicidios consumados o completados. 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 estresantes y/o depresión. El objetivo de éste trabajo es analizar como la estructura y dinámica familiar pueden influir en el perfil del adolescente con intento suicida. En ésta investigación se utilizó un diseño retrospectivo y de campo. En un universo de 17 pacientes adolescentes, con edades comprendidas entre 12 y 19 años, procedentes de Ciudad Bolívar, con o sin diagnósticos asociados, que acudieron al Centro de salud Mental de Ciudad Bolívar, en el lapso de los años 2005-2006. Se aplicó la escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar, tercera versión o Faces III, escala de intencionalidad suicida de Beck y un cuestionario con datos de identificación, edad, sexo, grado de instrucción y hábitos psicobiológicos. Estos instrumentos fueron llenados por el paciente, al acudir a consulta. Los hallazgos demuestran que el mayor número de adolescentes con intentos de suicidio están entre la edad de 15 a 17 años con un porcentaje de 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 11 pacientes, que nos representaría el 64,6 %. El mayor número de intentos de suicidio en adolescentes pertenecen a familias con estructura rígida con 8 casos, que nos representaría el 46,9%. Por lo que es importante relacionar el tipo de familias y las relaciones entre sus miembros cuando nos dediquemos a evaluar adolescentes y desarrollar programas



de salud mental en el ámbito comunitario para mejorar las relaciones en el núcleo familiar.



INTRODUCCION

Uno de los fenómenos epidemiológicos que ha ocupado más la atención de los profesionales de las ciencias de la salud y la conducta humana en los últimos años, es el aumento importante de las tasas de mortalidad por suicidio en grupos etáreos que comprenden esta etapa de la vida humana conocida como adolescencia .Este hecho, de ocurrencia universal ,tiene en países subdesarrollados como el nuestro en los cuales la mayoría de la población es joven ,importancia fundamental y lo plantea como un problema de salud pública cuyo conocimiento y tratamiento deben ser del mayor interés.

Es notable el incremento de las tasas de suicidio en la adolescencia. En América, homicidios y suicidios son la 2da causa de muerte en varones de 15 a 24 años, solo superada por los accidentes.

Durante la adolescencia, etapa de desarrollo por la que atraviesa todo individuo, se presentan en los jóvenes cambios difíciles que les producen ansiedad y depresión hasta llegar, en muchas ocasiones, a una tentativa de suicidio. El suicidio de los adolescentes es un tema que suele callarse y evadirse pues impacta y cuestiona el sistema familiar y social en que vivimos; sin embargo, es importante conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de éste acto y cómo puede prevenirse. El suicidio es el resultado de un acto de la víctima dirigido contra su propia vida, acto que puede ser una lesión autoproducida o suicidio, o la realización de una actividad extremadamente peligrosa que, con toda probabilidad, conduce a un accidente fatal. El suicidio de los adolescentes puede tener varios significados. Estos 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.



Beachler describe varios significados posibles:

1. La huida, es decir, el intento de escapar de una solución dolorosa o estresante mediante el atentado en contra de su vida, ya que ésta se percibe como insoportable.

2. El duelo, cuando se atenta contra la vida propia después de la pérdida de un elemento importante de la persona.

3. El castigo, cuando el intento suicida se dirige a expiar una falta real o imaginaria. Aquí el joven se siente responsable por un acto negativo y desea autocastigarse para mitigar la culpa.

4. El crimen, cuando el joven atenta contra su vida, pero también desea llevar a otro a la muerte.

5. La venganza, es decir cuando se atenta contra la vida para provocar el remordimiento de otra persona o para infligirle la desaprobación de la comunidad;.

6. la llamada de atención y el chantaje, cuando mediante el intento suicida se intenta ejercer presión sobre otro.

7. El sacrificio, en donde se actúa contra la vida para adquirir un valor o un estado considerado superior, es morir por una causa.

8. El juego, común en los adolescentes cuando se atenta contra la vida para probarse a sí mismo o a los demás que se es valiente y parte del grupo.

En toda conducta destructiva existe una buena cantidad de agresión que puede dirigirse hacia adentro; es el caso de los estados depresivos y las tendencias



autodestructivas; o dirigirse hacia afuera, por medio de actos delictivos o agresivos.

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

La seriedad del intento suicida radica en lo que el joven hace o deja de hacer para ser descubierto antes de morir. Si el fin del acto es comunicar un estado de descontento en general, el joven provocará ser descubierto antes de alcanzar su cometido de morir; sin embargo, aunque esta actuación es de menor gravedad que la de un adolescente que arregla todo para no ser descubierto, siempre debe prestarse la atención debida y ayudar al joven a elaborar y superar la crisis por la que pasa. ¿Pero qué factores familiares pueden llevar a un joven a desear quitarse la vida? Existen desde luego factores que fomentan el suicidio en los adolescentes, pero que



en sí mismos no son decisivos para que se decida hacer un intento suicida. Muchos de ellos pueden contribuir a la confusión y a la depresión del joven, pero se requiere la conjunción de una diversidad de factores para que se llegue al extremo de la autodestrucción. Se ha observado que en las familias de adolescentes suicidas los padres tienden a ser débiles internamente y que a su vez padecen fuertes sentimientos de depresión, desesperanza y desaliento. El joven que por el momento en que pasa, sufre esos mismos sentimientos, no posee los mecanismos para enfrentarlos, pues ha visto en casa una incapacidad para manejar sentimientos negativos. Por otro lado, las familias del individuo autodestructivo suelen tener problemas para controlar sus impulsos, es decir, los miembros de la familia tienden a ser impulsivos en su enfrentamiento diario con la vida. También puede existir una tendencia familiar a manejar el estrés de manera inadecuada, y el joven aprende que éste o cualquier tipo de presión son situaciones intolerables que deben evitarse a toda costa. En este tipo de familias suele haber conflictos constantes, particularmente separaciones, y antecedentes patológicos especialmente de alcoholismo o alguna adicción en uno o ambos padres. (Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología año 1990 Nucette Rios).

En general, en estas familias existe una estructura alterada que se caracteriza por un sistema cerrado que inconscientemente prohíbe a sus miembros comunicarse entre sí y relacionarse estrechamente con el exterior. De manera que el joven se siente aislado dentro y fuera de casa, en donde tampoco la comunicación se da abiertamente. En relación con el manejo afectivo, las familias de los adolescentes que tienden al suicidio suelen mostrar un patrón agresivo de relación, con dificultades para expresar el enojo y la agresión, así como una depresión familiar generalizada. Las relaciones intrafamiliares se encuentran desbalanceadas y el adolescente -por norma- sirve de chivo expiatorio que carga con las culpas y las alteraciones de la dinámica familiar. De esta manera, el joven deprimido siente que no es deseado y que no se le quiere,



tiene un sentimiento doloroso de abandono que expresa por medio del aislamiento y, posteriormente, de un intento suicida.



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Como influye la estructura y dinámica familiar en el perfil de los adolescentes con intento suicida que ingresaron al centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar entre los años 2005 y 2006.

Objetivos:

Objetivo General:

Analizar la influencia de la estructura y dinámica familiar en el perfil de los adolescentes con intento suicida que ingresaron al centro de salud mental de Ciudad Bolívar entre los años 2005 y 2006

Objetivos Específicos:

- ❖ Conocer el número de adolescentes suicidas según edad y sexo, mediante encuesta modificada por la autora.
- ❖ Identificar límites en la dinámica familiar del adolescente suicida, mediante escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar tercera versión o Faces III año 79-83 modificada por la autora.
- ❖ Investigar tipos de comunicación en la dinámica familiar del adolescente suicida, mediante escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar, tercera versión o Faces III año 79-83 modificada por la autora.



- ❖ Identificar adaptabilidad en la dinámica familiar del adolescente suicida, mediante escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar tercera versión o Faces III año 79-83 modificada por la autora.
- ❖ Investigar relaciones interpersonales del adolescente suicida, mediante escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar, tercera versión o Faces III año 79-83 modificada por la autora.

Propósito:

Conocer si la estructura y dinámica familiar influye en el perfil del adolescente con intento suicida; para fortalecer los patrones de interacción y la comunicación dentro del grupo familiar, y poder disipar cualquier pensamiento dirigido hacia la autodestrucción, que pudiera estar embargando al adolescente.



CAPITULO II

MARCO TEORICO

El suicidio es la segunda o tercera causa de muerte en jóvenes entre 15 a 19 años de edad. Los análisis seculares apoyan la hipótesis que existe un verdadero incremento de este fenómeno, desde 1950 a la fecha, entre los adolescentes y adultos jóvenes de la población europea y norteamericana. En Chile, según los datos consolidados por el Departamento de Informática del Ministerio de Salud desde 1986 a 1996, las tasas de suicidio han tenido un aumento gradual en los últimos años, a excepción de los años 1992 y 1993. En el caso de los adolescentes las tasas han permanecido relativamente estables en el periodo observado. La prevalencia del intento de suicidio es aún más difícil de conocer. En general se acepta que los intentos son 10 a 50 veces más numerosos que los suicidios. Estudios de seguimiento de adolescentes que han realizado un intento de suicidio, muestran que el 10% se suicida dentro de los 10 años siguientes. El género y la edad aparecen como factores de riesgo relevantes. Los suicidios completados son más comunes entre los hombres; las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas. El riesgo de suicidio aumenta con la edad. El suicidio antes de los 15 años es inusual; la mayoría de los niños y adolescentes con conducta suicida presentan algún tipo de psicopatología. Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente asociados son trastorno del ánimo, principalmente la depresión, abuso de sustancias y conductas antisociales. La ansiedad, agregada a un cuadro clínico de ideación suicida, más bien cumple un rol amplificador en el desarrollo y/o la mantención de la ideación suicida que un factor de riesgo per se. La evidencia es clara en cuanto a que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo suicida. Ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar aparecen como los factores más frecuentemente asociados a la conducta suicida.



Como problema de salud pública el suicidio ha adquirido especial relevancia en las últimas décadas. Las conductas suicidas en niños y adolescentes se definen como "la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo o la muerte". Se puede entender como un espectro que abarca a las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos o tentativas suicidas) y los suicidios consumados o completados. Los análisis seculares apoyan la hipótesis de que existe un verdadero incremento de este fenómeno desde 1950 a la fecha entre los adolescentes y adultos jóvenes de la población europea y norteamericana¹. Las tasas de suicidio en adolescentes entre 15 y 19 años se han cuadruplicado desde 1957 a 1987 en USA, y es la cuarta causa de muerte entre los 10-15 años y la tercera entre los 15 y 25 años. Este incremento hace necesario el desarrollo de efectivos programas de prevención, requiriendo la clara identificación de los factores de riesgo de la conducta suicida.

Diversos autores han postulado diferentes hipótesis para la explicación de este fenómeno; algunos han demostrado que las personas nacidas en el último período del siglo veinte tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos del ánimo a temprana edad, factor de riesgo asociado frecuentemente con la conducta suicida, Otra probable explicación es el incremento de las tasas de divorcio en las últimas décadas.

En la pasada década un gran número de autores han intentado identificar las características de los niños y adolescentes suicidas. Un amplio rango de factores han sido ligados a la conducta suicida en este grupo etario. A continuación describiremos los más relevantes.



Género

Mientras que los suicidios completados son más comunes entre los hombres, las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas. En una investigación de Kotila y Lonqvist (1989), la tasa de riesgo de suicidio durante los 5 años siguientes al intento fue 4 veces más alto en niños que en niñas y la tasa de muerte violenta fue 7 veces más alta.

Varias explicaciones se han planteado para entender la diferencia existente entre los hombres y las mujeres en relación al suicidio: los hombres estarían más expuestos a sufrir las consecuencias de las fluctuaciones socioeconómicas; tienen mayor prevalencia de alcoholismo; utilizan medios más violentos y por lo tanto el intento de suicidio es más exitoso en ellos que en las mujeres; en cambio, en las mujeres es más prevalente el intento, ya que en ellas predomina la depresión.

Según Hawton y Catalán; 1982, citado por Nucette Rios; 1995. El intento de suicidio es más frecuente en mujeres jóvenes, de menos de 18 años y el método más frecuentemente utilizado es el autoenvenenamiento. Ellos citan que el 15 al 25% de los pacientes admitidos por intento de suicidio en hospitales generales, son atendidos nuevamente por igual motivo en el mismo hospital, esto plantea la gravedad del problema, sin tomar en cuenta los que repiten el intento y no son referidos a un hospital, los que se refieren a otro hospital y los que mueren sin atención médica. Sostiene que la repetición del intento suicida es más frecuente en los tres meses siguientes al intento previo y que muchos lo repiten más de una vez. Además es más frecuente en mujeres jóvenes, de menos de 18 años y el método más frecuentemente utilizado es el autoenvenenamiento.



Burke (1976), estudia la epidemiología de los intentos de suicidio entre los inmigrantes Irlandeses en Birmingham desde 1969 a 1972. Se admitieron 352 pacientes, de los cuales 214 (61%) mujeres y 138 (39%) hombres; la razón mujeres/hombre fue de 1.5. En cuanto a la edad estaba comprendida de 15 a 24 años (Nucette Rios; 1995).

En nuestro país, Rendón (1971) citado por Nucette Rios (1995), encontró que la frecuencia de intentos de suicidio fue mayor en el sexo femenino, 74,4 % y una razón de 3/1, y en menores de 25 años (67,4%).

Hawtón y catalán (1982) en 50 adolescentes entre 13 y 18 años, en su mayoría de sexo femenino que tomaron una sobredosis encontraron que los principales problemas eran:

- Problemas en las relaciones con los padres (75%), especialmente imposibilidad para discutir los conflictos, y particularmente con el padre; algunos actos suicidas se precipitaron por un conflicto con uno de los padres; 36% vivía con un solo padre y 12% con ninguno, 12 % había estado al cuidado de servicios sociales, cifra mucho más alta que la observada en general en los adolescentes.
- Problemas escolares (más del 50%) tanto en lo académico como en la relación con los maestros.
- Dificultades en las relaciones de noviazgo (50%); es frecuente riña o ruptura como precipitante del intento suicida. Muchos además tienen malas relaciones con sus compañeros y más frecuentemente, aislamiento social por falta de amigos.



- El 25% había acudido a consulta con un psiquiatra, pero los trastornos psiquiátricos francos eran raros, algunos con sintomatología depresiva generalmente transitoria (Nucette Ríos;1995).

Edad

La suicidabilidad aumenta con la edad, el suicidio antes de los 15 años es inusual. Shaffer (1974) publicó un artículo de 30 casos de suicidio completado entre 12 y 14 años ocurridos entre 1962 y 1968 en Inglaterra, en el que concluye que un grupo de estos niños eran inteligentes y aislados, y sus madres frecuentemente tenían problemas psiquiátricos; y otro grupo era agresivo, presentaba problemas conductuales en el colegio y exhibía una conducta de suspicacia y vulnerabilidad frente a la crítica. En ambos grupos se presentaban conductas antisociales y todos ellos eran altos, física y mentalmente precoces, y el suicidio era frecuentemente precipitado por una crisis disciplinaria. Thompson, en 1987, estudió 19 niños y adolescentes menores de 15 años con suicidio completado; en ellos encontró mayor rabia, nerviosismo y menor depresión que en adolescentes mayores. Hoberman y Garfinkel, en 1988, estudiaron 21 casos de niños y adolescentes tempranos con suicidio completado, encontrando que el ahorcamiento fue el método suicida más frecuentemente utilizado entre los 10 a 15 años de edad.

Groholt publicó recientemente (1998) un estudio comparativo entre niños menores de 15 años ($n = 14$) con adolescentes entre 15 y 19 años de edad que cometieron suicidio ($N = 115$) y un grupo control ($n = 889$). Los resultados muestran que los niños y adolescentes tempranos, comparados con los adolescentes tardíos suicidas, más frecuentemente usaron el ahorcamiento como método (93% vs 35%), la ideación suicida (7% vs 39%) y eventos precipitantes (29% vs 49%) fueron descritos



menos frecuentemente en los primeros y los adolescentes mayores tenían más trastornos psiquiátricos (77% vs 43%). Comparados con los controles, los factores de riesgo de suicidio para los dos grupos estudiados fueron: trastornos del ánimo, trastornos disruptivos y no vivir con ambos padres biológicos. Ellos concluyeron que los niños y adolescentes tempranos están tan expuestos como los adolescentes tardíos a cometer suicidio cuando los factores de riesgo están presentes.

Estos resultados nos hacen plantear la interrogante de por qué pocos jóvenes entre 10 y 14 años cometen suicidio, comparado con adolescentes entre 15 y 20 años de edad. Tres probables explicaciones se pueden sugerir a partir de los hallazgos: a) menor exposición al estrés y factores de riesgo: los adolescentes tempranos son aún en parte dependientes de sus padres, lo que les provee mayor apoyo emocional y social; b) a menor edad menor tasa de prevalencia de trastornos del ánimo, y c) factores madurativos: la capacidad de planear y llevar a cabo un acto suicida requiere un nivel de maduración no alcanzado por niños o adolescentes tempranos. Los hallazgos de Shaffer, recientemente descritos, apoyan esta hipótesis, en el sentido que los niños y adolescentes tempranos suicidas son física y mentalmente precoces.

Disfunción familiar

Compartimos la definición de familia que propone la profesora e investigadora Ares P, conceptualizada como: “La unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia.”



La familia es una institución que cumple una importantísima función social como transmisora de valores éticos-culturales e igualmente juega un decisivo papel en el desarrollo psico-social de sus integrantes.

En referencia al rol determinante de la familia para el desarrollo social y el bienestar de sus miembros, se ha planteado que: “(...) la familia es la que proporciona los aportes afectivos y sobre todo materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros. Ella desempeña un rol decisivo en la educación formal e informal, es en su espacio donde son absorbidos los valores éticos y humanísticos, y donde se profundizan los lazos de solidaridad. Es también en su interior donde se construyen los límites entre las generaciones y son observados los valores culturales (Ferrari y Kaloustian, 1997)”.

Como bien se ha reconocido, la familia es una instancia mediadora entre el individuo y la sociedad, es el escenario privilegiado donde se lleva a cabo el desarrollo de la identidad y el proceso de socialización del individuo. La familia constituye un espacio de vivencias de primer orden, ahí es donde el sujeto tiene sus primeras experiencias y donde adquiere sus valores y su concepción del mundo. La familia es para el individuo el contexto donde se dan las condiciones para su desarrollo, favorable y sano de su personalidad, o bien por el contrario el foco principal de sus trastornos emocionales.

Un funcionamiento familiar saludable, es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados entre los que podemos citar los siguientes:

- Satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros.



- La transmisión de valores éticos y culturales.
- La promoción y condición del proceso de socialización de sus miembros.
- El establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva de continente para las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital.
- Establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (educar para la convivencia social).
- Crear condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual.

Estas funciones pueden sintetizarse en cuatro principales:

1. Función biosocial.
2. Función económica.
3. Función cultural y afectiva.
4. Función educativa.

La familia es una institución que se encuentra en constante cambio y evolución, por lo que los objetivos y funciones arriba mencionados, tienden a adecuarse al marco histórico-social dentro del cual se enmarca la familia; sin embargo, algunos autores hablan de una cierta estabilidad en lo que se denomina el ciclo vital de la familia que marca su rumbo evolutivo.

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 estresantes y/o depresión.

Algunos 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 en aumentar el riesgo suicida al incrementar la vulnerabilidad temprana a la psicopatología, como es la depresión, que constituye un factor de riesgo para el suicidio. 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. En relación a este tema, Gould (1998) realizó autopsia psicológica en 120 jóvenes suicidas menores de 20 años y los comparó con 127 jóvenes de la comunidad pareados en edad, sexo y grupo étnico que vivían en el área de Nueva York; los resultados muestran que 58 víctimas de suicidio y 49 controles de la comunidad venían de familias en las que existía una permanente separación o divorcio de los padres biológicos. Se estudió la edad del joven al momento de la separación, la existencia de un nuevo matrimonio después de la separación, frecuencia de contacto con el padre que no vivía con él, relación madre-hijo (o padre-hijo), y psicopatología parental, encontrando que el divorcio o la separación tenían un impacto relativamente pequeño en el suicidio, el que fue aún menor después de tomar en cuenta la psicopatología parental. Por otra parte la falta de comunicación con la madre y el divorcio, independientemente, contribuyeron a incrementar el riesgo de suicidio, y la escasa comunicación con el padre tuvo un efecto interactivo con divorcio en el riesgo suicida. Si el padre no reside en la casa como resultado del divorcio, entonces la escasa comunicación puede ser algo normativo y no particularmente disruptivo; por otra parte, cuando el padre que vive con el joven "falla en comunicarse", puede reflejar una relación más disfuncional. El que el padre con el cual reside se vuelva a casar no modificó el impacto del divorcio o separación en el suicidio. Ellos



concluyeron que el incremento del suicidio en adolescentes en las pasadas tres décadas parece no ser atribuible al incremento de las tasas de divorcio.

En un estudio realizado por Beautrals se muestra una clara asociación entre historia de abuso sexual durante la infancia, falta de cuidado parental, problemas en la relación parental e intento de suicidio; en cambio, alto control parental, abuso físico, separación o divorcio, violencia, problemas de alcoholismo o encarcelamiento parental, bajo ingreso económico y estar en cuidado institucional durante la infancia, no estuvo asociado con riesgo de intento de suicidio.

McKeown realizó un estudio prospectivo longitudinal, con seguimiento de un año en adolescentes de seis escuelas públicas de Carolina del Sur, con el objetivo de identificar probables predictores de la conducta suicida y depresión. Los resultados muestran que el aumento de la cohesión familiar fue un factor protector para los intentadores de suicidio y que el no vivir con ambos padres no se asoció con ninguna conducta suicida, sugiriendo que no es la estructura familiar per se, sino la calidad de las relaciones familiares el factor de riesgo en la conducta suicida del niño y adolescente temprano.

Durante 1998 los autores de este artículo evaluaron 22 pacientes intentadores de suicidio (17 mujeres y 5 hombres), cuyas edades fluctuaron entre 9 y 18 años ($15,1 \pm 2,3$ años), de nivel socioeconómico medio y medio bajo referidos de la Unidad de Salud Mental del Hospital Exequiel González Cortés. El estudio de la familia realizado a través de la aplicación del Eje V-Situaciones Psicosociales Anormales Asociadas mostró como variables asociadas relevantes: relaciones familiares anormales, falta de calidez en relaciones padre-hijo, discordia intrafamiliar entre mayores de 16 años, comunicación intrafamiliar inadecuada o distorsionada,



sobreprotección parental, familia aislada y pérdida de una relación de amor (datos aún no publicados).

Estos resultados y los estudios antes mencionados, claramente nos señalan la necesidad de evaluar el funcionamiento familiar al tratar a un niño y adolescente con conducta suicida, ya que disturbios en el ambiente familiar pueden ser importantes factores en los que se debe localizar el tratamiento.

Actualmente existe una tendencia al predominio del análisis multicausal y evolutivo de este fenómeno, que confiere relevancia a factores personales, interpersonales y biológicos en interacción con factores circunstanciales y psicosociales que actúan como desencadenantes de la conducta suicida.

Uno de estos factores psicosociales es la familia, que desempeña una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos, y que actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio propiciando una menor o mayor vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar (FF). Este lo comprendemos con una dinámica relacional sistémica que se establece entre los miembros de una familia permitiendo que esta funcione positivamente, cumpla sus funciones y permita la expresión y desarrollo de la individualidad.

Las pautas de interacción familiar se transmiten de una generación a otra, de manera consciente e inconsciente, lo que posibilita que a través del aprendizaje se perpetúen modelos negativos de FF que constituyen factores de riesgo familiares esenciales para la conducta suicida, ellos son: la desorganización familiar en lo que respecta a un consenso de normas, sentimientos de falta de comunicación y hostilidad



entre sus miembros, las riñas familiares constantes por parejas en permanente desacuerdo y disputa con agresión física o psicológica, la familia destruida por abandono físico o emocional de alguno de los padres o de ambos, los sentimientos de rechazo familiar unido a cogniciones disfuncionales familiares y la presencia frecuente en ambos padres de sentimientos de desesperanza y pesimismo acompañados de actitudes y conductas pasivas ante su propia vida y la familia.

Existen además otros factores de riesgo familiares considerados importantes pues aunque no tienen que ver directamente con la evolución del proceso suicida, pueden predisponer a la conducta suicida si están presentes los esenciales, según señalan los autores, como sobrecarga de roles, conflictos de poder entre los miembros, baja tolerancia entre ellos y rigidez en la solución de problemas.

El conflicto familiar es un factor de estrés frecuente relacionado con el suicidio, y es un hecho habitual que un incidente con un miembro de la familia proceda a la conducta suicida. Estos pacientes pueden experimentar efectos angustiosos con el conflicto. El niño o adolescente puede considerar que su relación con el familiar en cuestión ha quedado irremediabilmente dañada o rota. Como consecuencia de esto puede sentirse herido o irritado. La idea suicida asociada puede incluir fantasías de venganza, en las que el familiar en cuestión sufre experiencias de gran pesar y culpabilidad como consecuencia de su presunto papel en el suicidio del paciente. Las causas habituales de roces entre los padres y los niños en edad escolar incluyen las luchas por el poder en las cuestiones centrales del hogar, la agresión a los hermanos, los resultados de la escuela o la desobediencia general. Sin embargo, en los adolescentes es característica la aparición de problemas relacionados con la demanda de mayor autonomía y su lucha por afianzar su identidad. Entre estos elementos se encuentra la elección de los amigos, la distribución del tiempo, la posesión y uso de coche, las reglas en cuanto a citas, los estilos de vestir y la elección de la música. El



adolescente normal y sus padres experimentan conflictos acerca de éstos y otros muchos temas.

La literatura sobre parasuicidio en niños y adolescentes, indica que los jóvenes que intentan autolesionarse, casi invariablemente provienen de un sistema psicosocial alterado. Generalmente hay una historia de separación y pérdidas repetidas. Y de padres con habilidades de enfrentamiento inadecuadas, que tienen dificultades en organizar sus vidas y no están al tanto de los problemas de sus hijos. (Rotheram-Borus, Trautman, Dopkins y Shrout, 1990).

Kjelsberger, Neegaard y Dahl (1994), identificaron una combinación de factores de riesgo con un poder predictivo de intento suicida del 84%. Tales factores fueron entre otros, la falta de apoyo familiar, abuso verbal, pérdidas considerables antes de los 2 años de edad, síntomas depresivos, actitud de rechazo a la ayuda, dificultades de aprendizaje, baja y autoestima

Pelcovitz, Salzinger y Mendel (1999), evaluaron la relación entre el abuso físico y la conducta suicida en jóvenes, encontrando que la asociación entre el abuso físico y el riesgo de conducta suicida no puede ser directa, mencionan que la presencia de abuso físico aumenta la probabilidad de que el joven se exponga a otros factores de riesgo que influyan más directamente en el acto suicida. Sin embargo, destacan la falta de cohesión familiar, como factor de riesgo, predictivo de la ideación suicida y conductas relacionadas con el intento de suicidio.

Según Emerich (1988), durante años de investigación se ha ido comprobando a través de las entrevistas familiares que existen evidentes datos clínicos de que el suicidio es un evento psicosocial, y que la autodestrucción o el acto autodestructivo



es necesario para que la familia mantenga sus patrones específicos de relación, como el presentar rigidez en sus roles.

Sistema De Variables:

Variable Independiente:

Estructura y Dinámica Familiar.

Variable Dependiente:

Perfil del adolescente con intento suicida.

Definición Conceptual de las Variables:

Variable Independiente:

Líneas de parentesco, consanguinidad o matrimonio entre varias personas que comparten un mismo techo, y entre quienes interviene una secuencia repetida de interacción familiar. La cual rige quien se relaciona con quien, como y cuando; con capacidad para adaptar o cambiar sus normas ante cambios o conflictos que se presenten en un momento determinado, estableciendo vínculos claves y definidos entre cada uno de los subsistemas familiares mediante una comunicación predeterminada ante eventos estresores identificados.

**Variable Dependiente:**

Rasgos psicológicos que conllevan al adolescente a proceder de modo irreflexivo y sin cautela, aunadas a actitudes que motivan conductas agresivas, ignorando el potencial que posee como ser humano, juzgando las cosas en su aspecto más desfavorable, y desarrollando pobres relaciones interpersonales.

Definición de Términos:**Variable Independiente:****Patrones de Interacción:**

Son normas o reglas preestablecidas a través de las cuales los miembros de una familia, interactúan, intercambian mensajes con contenidos afectivos, informativos o normativos. Se consideran también como reglas familiares desarrolladas a través del tiempo en contratos implícitos y explícitos, que cumplen con la función de mantener la estabilidad familiar. La adecuación o inadecuación de los patrones comunicativos familiares, juegan un rol principal en la funcionalidad o disfuncionalidad de esta. La funcionalidad o no de la comunicación familiar, en última instancia expresa el grado o la medida en que sus miembros han aprendido a manifestar adecuadamente, o no, sus sentimientos en relación con los otros, y también de cuanto la familia ha avanzado en la elaboración de sus límites y espacios individuales.

Adaptabilidad:

Se refiere en primer lugar a la flexibilidad o capacidad de la familia para adoptar o cambiar sus reglas o normas de funcionamiento, y sus roles, ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios, dificultades, crisis o



conflictos por los que puede atravesar, en un momento dado. La ausencia de esta flexibilidad impide a la familia hacer un uso adecuado de sus recursos, y mantenerse aferrada a esquemas, normas, roles, y actitudes, que resultan poco funcionales y dificultan el encontrar una solución viable a la situación familiar problemática.

Límites o cohesión:

Es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar y puede ser definida a partir de los vínculos emocionales que los miembros de una familia establecen entre sí; cuando es estrecha, favorece la identificación física y emocional y el establecimiento de sólidos vínculos entre estos y un fuerte sentimiento de pertenencia con el grupo familiar en su conjunto.

Son las reglas que definen quien participa en un subsistema y como ellos participan. La evaluación de la claridad del límite es primordial para la terapia familiar estructural. La claridad del límite representa en continuo, desde lo desvinculado a lo entrelazado patológicamente.

Estresores:

Eventos o situaciones que perjudican los recursos de la familia.

Estresores Internos:

Cambios en el ciclo de vida familiar, enfermedad, incapacidad o muerte de un miembro de la familia.

Estresores Externos:

Escuela, trabajo, economía deprimida.

**Variable Dependiente:****Impulsividad:**

Proceder de modo irreflexivo y sin cautela, dejándose llevar por la emoción del momento.

Hostilidad:

Sensaciones airadas, grupo complejo de actitudes que motivan conductas agresivas dirigidas a destrozarse objetos o injuriar a la gente.

Pesimismo:

Desesperanza exagerada, o propensión a ver y juzgar las cosas en su aspecto más desfavorable.

Desesperanza:

Falta de esperanza o pérdida de ella.

Pobreza en las relaciones interpersonales:

Agresividad e irracionalidad ante la crítica, manipulación, conflictos con los compañeros y la gente en general.

Baja autoestima:

Ignorar quién se es y el potencial que se posee; depender de las circunstancias y eventualidades, desconocer sus verdaderas necesidades y tomar la vida con indiferencia o hacer cosas que no lo satisfacen; ignorar las motivaciones, creencias, criterios y valores que le hacen funcionar como ser humano.



Sistema De Hipótesis

Hipótesis general:

La estructura y dinámica familiar influyen en el perfil del adolescente con intento suicida que ingresaron al centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar entre los años 2005 y 2006.

Hipótesis Específica:

Las líneas de parentesco que constituyen el grupo familiar y elementos que lo conforman; el sistema de intercambio en las interacciones familiares influyen en los rasgos psicológicos que pudieran caracterizar a un suicida potencial, como la impulsividad, la pobreza en las relaciones interpersonales, la hostilidad, pesimismo, baja autoestima.

Hipótesis Operativa:

Los patrones de interacción, la adaptabilidad, los límites o cohesión, los estresores internos y externos influyen en la impulsividad, hostilidad, pesimismo, desesperanza, pobreza en las relaciones interpersonales, baja autoestima, de los adolescentes con intento suicida.

**Hipótesis Nula:**

La estructura y dinámica familiar no influyen en forma estadísticamente significativa en el perfil del adolescente con intento suicida.



CAPITULO III

METODOLOGIA

Diseño de la investigación

El tipo de investigación que se realizó tiene las siguientes características:

Según el propósito: es básico.

Es una investigación de Campo.

Restropectivo porque los datos se tomaron de las historias clínicas de pacientes adolescentes con intento de suicidio que ingresaron al centro de salud mental de Ciudad Bolívar, entre los años 2005 y 2006.

Descriptiva porque se analizó cómo la estructura y dinámica familiar pueden influir en el intento de suicidio del adolescente.

Universo:

17 Pacientes adolescentes con diagnóstico de intento de suicidio que acudieron al centro de salud mental de Ciudad Bolívar, entre los años 2005 y 2006.

Criterios de inclusión:

Edad: entre 12 y 19 años. Con o sin diagnósticos asociados



Métodos Y Técnicas Para La Recolección De Datos

Se aplicó la escala de evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar, tercera versión o FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, third versión), desde 1979 a 1983.

Aplicación de escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS), año 2004.

Cuestionario aplicado a grupo de adolescentes que conformaron la muestra, con datos de identificación: edad, y sexo. Estratificando los grupos etarios según la OMS, en adolescencia temprana, media y tardía..

Dentro del modelo Circunflejo, hay cuatro niveles de cohesión familiar, escalonados desde el extremo de la baja cohesión hasta el de la alta: desligada, separada, conectada, y aglutinada. Los dos niveles moderados o balanceados de la cohesión han sido denominados separados y conectados

Hay también cuatro niveles de adaptabilidad familiar desde la baja a la extremadamente alta: rígida, estructurada, flexible y caótica. Los dos niveles de adaptabilidad moderados o balanceados han sido denominados flexible y estructurados.

Para cada dimensión, los niveles balanceados y moderados se consideran la sede probable del funcionamiento normal, y las áreas extremas seguramente contienen las familias más patológicas.

La escala consta de 20 ítems. Cada ítem vale de 1-5 puntos.

La puntuación para adaptabilidad 10-50. La puntuación para cohesión 10-50.

Los ítems impares miden cohesión .Los ítems pares miden adaptabilidad.



Puntaje:

Cohesión: Desligada: 10-36 Pts

Separada: 37- 42 pts

Conectada: 43-46pts

Amalgamada: 47-50 pts

Adaptabilidad: Rígida: 10-21 ptos.

Estructurada: 22-26ptos

Flexible: 27-30 ptos.

Caótica: 31-50ptos.

La puntuación total se obtuvo sumando las puntuaciones de cada ítem.

Se aplicó la escala en una oportunidad a cada adolescente.

Escala de Intencionalidad Suicida de Beck:

Es una escala diseñada para evaluar las características de la tentativa de suicidio:

Circunstancias en las que se llevó a cabo (aislamiento, precauciones, etc.), actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio.

La escala consta de 20 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).

La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems 1 al 15 (los 5 últimos ítems no puntúan).



Fue modificada por experto Dr Gustavo Marcano, quien valoró la escala dependiendo de la gravedad de la tentativa en: Alta, Moderada y baja, colocando la respectiva puntuación. A mayor puntuación mayor gravedad de la tentativa.

Se aplicó la escala en una oportunidad a cada adolescente.



CAPITULO IV

Cuadro N° 1

INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES SEGÚN EDAD Y SEXO. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO. CIUDAD BOLÍVAR - EDO. BOLÍVAR. AÑO 2005-2006.

SEXO EDAD	FEM		MASC		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
12-14	3	17.6	1	5.8	4	23.4
15-17	9	52.8	3	17.6	12	70.4
18-20	0	-	1	5.8	1	5.8
Total	12	70.5	5	29.4	17	100

Fuente: Historias médicas: Hospital Psiquiátrico.



Analisis Cuadro N° 1

Los datos del cuadro N° 1 , demuestran que el mayor número de adolescentes con intentos de suicidio están entre la edad de 15 a 17 años con un porcentaje de 70,4% representado por un número de 12 pacientes, y pertenecen al sexo femenino con un total de 9 pacientes, seguido de el grupo etario comprendido entre 12 y 14 años con un porcentaje de 23,4 % representado por 4 casos. Con respecto al sexo vemos que predomina el femenino con un total de 12 casos, sobre el masculino con un total de 5 casos.



Cuadro N° 2

**GRAVEDAD DE LA TENTATIVA DE SUICIDIO SEGÚN
INTEGRACIÓN FAMILIAR. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
CIUDAD BOLÍVAR-EDO BOLÍVAR. AÑO 2005-2006.**

<i>Gravedad tentativa</i>	Bajo		Modera		A		Tota	
	N°	%	N°	%	N	%	N°	%
Integración familiar					lt			
Desintegrado	1	5,8	4	23,5	4	23,5	9	52,8
Integrado	0	0	6	35,2	0	0	6	35,2
Semi integrado	1	5,8	0	0	1	5,8	2	11,6
Total	2	11,6	10	58,7	5	29,3	17	100

Fuente: Historias médicas: Hospital Psiquiátrico.



Analisis Cuadro N° 2

Los resultados del cuadro N° 2, evidencian que los adolescentes con la tentativa de suicidio más alta están representados por los que pertenecen a hogares desintegrados con un 23,5% de la muestra, con un total de 9 casos, seguidos de los adolescentes que pertenecen a hogares semiintegrados con 1 caso de tentativa alta de suicidio y 1 caso de tentativa baja, que nos representa el 5,8 % de la muestra, seguido de adolescentes que pertenecen a hogares integrados con un total de 6 casos de moderado intento de suicidio con un porcentaje de 35,2% de la muestra.

Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas, para un valor $X= 6,95$ $p<005$.



Cuadro N° 3

**GRAVEDAD DE LA TENTATIVA DE SUICIDIO SEGÚN
COHESIÓN .HOSPITAL PSIQUIÁTRICO. CIUDAD BOLÍVAR-
EDO BOLÍVAR. AÑO 2005-2006.**

Gravedad tentativa Cohesión	Bajo		Moderado		Alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Desligada	1	5,8	5	29,4	5	29,4	11	64,6
Separada	1	5,8	3	17,6	0	0	4	23,4
Conectada	0	0	2	11,7	0	0	2	11,7
Total	2	11,6	10	58,7	5	29,4	17	100

Fuente: Historias médicas. Hospital Psiquiátrico.



Analisis Cuadro N° 3

Los datos del cuadro N° 3, demuestran que el mayor numero de intentos de suicidio en adolescentes pertenecen a familias desligadas con un numero de 11 pacientes, que nos representaría el 64,6 % de la muestra, seguidas de familias separadas con un numero de 4 pacientes, con un porcentaje de 23,4 % y seguido de familias conectadas con dos pacientes, que nos representaría el 11,7 % de la muestra. Pero es importante recalcar que 10 de estos 11 adolescentes provenientes de familias desligadas presentaron moderada y alta gravedad de intento de suicidio; en contraposición con las familias conectadas, donde los 2 adolescentes provenientes de ellas presentaron moderada gravedad de intento de suicidio.

Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas para un valor $X= 4,86$ $p<005$



Cuadro N° 4.

**GRAVEDAD DE LA TENTATIVA DE SUICIDIO SEGÚN
ADAPTABILIDAD. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO. CIUDAD
BOLÍVAR-EDO BOLÍVAR. AÑO 2005-2006.**

G.Tentativa								
<i>Adaptabilidad</i>	Bajo		Moderado		Alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Estructurada	1	5,8	1	5,8	0	0	2	11,6
Rigida	1	5,8	3	17,6	4	23,5	8	46,9
Flexible	0	0	6	35,2	1	5,8	7	41
Total	2	11,6	10	58,6	5	29,3	17	100

Fuente: Historias médicas: Hospital Psiquiátrico.



Analisis Cuadro N° 4

Los datos del cuadro N° 4 demuestran que el mayor numero de intentos de suicidio en adolescentes pertenecen a familias con estructura rígida con 8 casos, que nos representaría el 46,9% de la muestra, seguidas de familias flexibles con 7 casos y el 41 % seguida de familias estructuradas con 2 casos, que seria el 11,6 % de la muestra.

Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas para un valor de $X= 9,18$ $p<005$.



CAPITULO V

DISCUSION

En el cuadro N° 1 se presenta la distribución por edad y sexo en adolescentes con intento de suicidio y observamos que la mayoría de los pacientes objetos del estudio fueron de sexo femenino con una frecuencia de 12 casos (52,8%) con respecto al masculino con 5 casos que represento el (29,4%), de la muestra. Estos resultados coinciden con los encontrados por Nucette Rios en su estudio, quien cita los estudios de Hawton y Catalán (1982) donde encuentran mayor intento de suicidio en mujeres jóvenes menores de 18 años; Lo cual coincide también con lo aquí encontrado donde el grupo etario con más intentos de suicidio fue entre los 15 y 17 años, para un total de 12 casos Al respecto Shaffer en 1974, plantea 3 probables explicaciones de por qué el intento de suicidio no se da en adolescentes tempranos entre 10 y 14 años:

- a) A menor exposición al estrés y factores de riesgo; los adolescentes tempranos son aún en parte dependientes de sus padres, lo que les provee mayor apoyo emocional y social;
- b) A menor edad menor tasa de trastornos del ánimo,
- c) Factores madurativos: la capacidad de planear y llevar a cabo un acto suicida requiere un nivel de maduración no alcanzado por niños o adolescentes tempranos.
- d) El riesgo de suicidio aumenta con la edad .La evidencia es clara en cuanto a que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo suicida.
- e) Ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar aparecen como los factores más frecuentemente asociados a la conducta suicida.



En el cuadro N° 2 se evidencia que el mayor índice de intentos de suicidio en los adolescentes estudiados se encuentran en hogares desintegrados con un total de 9 casos, que nos representaría el 52% de la muestra, donde casi siempre había ausencia del padre. Sin embargo en un estudio hecho por Gould (1988) en Nueva York quien realizó autopsia en 120 jóvenes suicidas menores de 20 años y los comparo con 127 familias en las que existía una permanente separación o divorcio de los padres biológicos. Se estudio la edad del joven al momento de la separación, la existencia de un nuevo matrimonio después de la separación, frecuencia de contacto con el padre que no vivía con él, relación madre-hijo o padre-hijo, y psicopatología parental, encontrándose que el divorcio o la separación tenían un impacto relativamente pequeño en el suicidio, el que fue menor aún después de tomar en cuenta la psicopatología parental. Ellos concluyeron que el incremento de suicidio en adolescentes en las pasadas tres décadas parece no ser atribuible al incremento de las tasas de divorcio.

Los datos del cuadro N° 3, demuestran que el mayor número de intentos de suicidio en adolescentes pertenecen a familias desligadas con un numero de 11 pacientes que representaría el 64% de la muestra, esto nos indica que en la mayoría de estas familias existían una mala comunicación entre ellos, no había apoyo mutuo, caracterizado por limites demasiado rígidos, que originan poca protección y orientación en casa.

McKeown 1990 realizo un estudio prospectivo longitudinal, con seguimiento de un año en adolescentes de seis escuelas públicas de carolina del Sur, con el objetivo de identificar probables predictores de la conducta suicida y depresión. Los resultados muestran que el aumento de la cohesión familiar fue un factor protector para los intentadores de suicidio y que el no vivir con ambos padres no se asoció con ninguna conducta suicida, sugiriendo que no es la estructura familiar per se, si no la



calidad de las relaciones familiares el factor de riesgo en la conducta suicida del adolescente.

En el cuadro N° 4 donde se estudia la tentativa de suicidio según adaptabilidad, se demostró que el mayor número de intentos de suicidio pertenecen a familias con estructuras rígidas con 8 casos que representaría el 47 % de la muestra, esto nos demuestra la poca adaptabilidad a los cambios en estas familias ,incapacidad para encontrar soluciones a los problemas y una escasez de estrategias de enfrentamiento para ocuparse de los factores estresantes inmediatos, por lo que la estrecha visión de las opciones posibles para tratar con el desacuerdo familiar recurrente, el rechazo a los fracasos contribuyen a la decisión de suicidarse. Esto concuerda con las investigaciones de Emerich (1988), quien durante años de investigación ha ido comprobando a través de entrevistas familiares que existen evidentes datos clínicos de que el suicidio es un evento psicosocial, y que la autodestrucción o el acto autodestructivo es necesario para que la familia mantenga sus patrones específicos de relación, como el presentar rigidez en sus roles.



CONCLUSIONES

Del análisis de los resultados obtenidos de esta investigación pueden derivarse las siguientes conclusiones:

- ❖ El mayor intento de suicidios en adolescentes están entre la edades de 15 a 17 años, con un porcentaje de 52,9 % .
- ❖ El sexo que predominó en los intentos de suicidio fue el femenino con 12 casos, que nos representa el 52,9% de la muestra.
- ❖ El mayor índice de intentos de suicidio en adolescentes se encuentran en hogares desintegrados, con un total de 9 casos que nos representaría el 52% de la muestra.
- ❖ Los intentos de suicidio en los adolescentes de la muestra pertenecen a familias desligadas con un porcentaje del 64%, en la mayoría de estas familias existía una mala comunicación entre ellos, caracterizado por límites demasiado rígidos.
- ❖ El mayor número de intentos de suicidio en los adolescentes pertenecen a familias con estructura rígidas con 8 casos, que nos representa el 47% de la muestra.



RECOMENDACIONES

Desarrollo de programas de salud mental en el ámbito comunitario en conjunto con medicina familiar, que permita mejorar las relaciones en el núcleo primario de apoyo.

- ❖ Instruir al personal médico y otros trabajadores de la salud en el reconocimiento de factores de riesgo en los adolescentes con perfil suicida.

- ❖ Evaluar el funcionamiento familiar al tratar al adolescente con conducta suicida, ya que los disturbios en el ambiente familiar pueden ser factores importantes en los que se debe localizar el tratamiento.

- ❖ Identificar a los adolescentes con intento suicida para insertarlos en programas de educación y/o rehabilitación.



BIBLIOGRAFIA

ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA.

Órgano de la sociedad venezolana de psiquiatría .Enero-Junio 1990 Vol. 36, N°
74.

William J. Doherty, Macaran A.Baird (1983). TERAPIA FAMILIAR Y
MEDICINA FAMILIAR.

BANCO DE INSTRUMENTOS BÁSICOS PARA LA PRÁCTICA DE LA
PSIQUIATRIA CLINICA.

3ra edición. J.Bobes, M.P:G –Portilla, M.T. Bascaràn., P.A. Sáiz, M. Bousoño.

ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR DE ADOLESCENTES DE SEXO
FEMENINO CON INTENTO DE SUICIDIO.

Por Leticia Osorio Castillo. Profesora de cátedra del departamento de CC-RH.
2001.

[Http:// www.cem.items.mx/dacs/ publicaciones /proy/nG / exaula/lo sornio.html](http://www.cem.items.mx/dacs/publicaciones/proy/nG/exaula/lo_sornio.html).

Lic. Patricia Herrera Santi. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO
PSICOLOGICOS Y SOCIALES EN EL ADOLESCENTE.

Cielo.sld.cu/Pdf/Ped/v71n1/Ped_06199.pdf.

ESTRUCTURAS FAMILIARES Y COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS.

Eduardo A. Mata. Año XV,VOL,12, Nª 1. Marzo de 2005.

[www.Alcmeon .com.ar/12/45/03 _mata.htm](http://www.Alcmeon.com.ar/12/45/03_mata.htm).180k.



SUICIDIO EN ADOLESCENTES.

[MONOGRAFIAS.COM.Monografias.com/trabajos 10/suiad/suiad.Shtml-44k](http://MONOGRAFIAS.COM/Monografias.com/trabajos_10/suiad/suiad.Shtml-44k).

NUCETTE RÍOS, ELIGIO.(1995). INTENTOS DE SUICIDIO. Ediciones Astro.

Data.Maracaibo-Venezuela.

Fayad Camel V. (2005). ESTADISTICA MÉDICA..Consejo de publicaciones de la Universidad de los Andes. Mérida. Venezuela, pág 97-186.



ANEXOS



FACES III.

Instrucciones escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	2	3	4	5

DESCRIBA A SU FAMILIA:

- 1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.
- 2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- 3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- 4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- 5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
- 6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- 7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
- 8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- 9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- 10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
- 11.- Nos sentimos muy unidos.
- 12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
- 13.- Cuando se toma una decisión importante toda la familia esta presente.
- 14.- En nuestra familia las reglas cambian.
- 15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia.
- 16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.



- 17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
- 18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
- 19.- la unión familiar es muy importante.
- 20.- Es difícil decir quién hace las labores del hogar.



ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK. (SUICIDE INTENT SCALE, SIS)

I. Circunstancias Objetivas

1. Aislamiento

0. Alguien presente
1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono)
2. Nadie cerca o en contacto.

2. Medición del tiempo

0. La intervención es muy probable.
1. La intervención es poco probable.
2. La intervención es altamente improbable.

3. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas

0. Ninguna.
 1. Toma precauciones pasivas (p.ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.)
 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, ect.)

4. Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento

0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda
1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado
2. No contactó, ni aviso a nadie



5. Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)

0. Ninguno

1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa.

2. hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales.

6. Preparación activa del intento.

0. Ninguna

1. Mínima o moderada

2. Importante

7. Nota suicida

0. Ninguna

1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla

2. Presencia de nota

8. Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)

0. No comunicación verbal

1. Comunicación ambigua (p. ej., “estoy cansado de la vida”, “pienso que estáis mejor sin mi”, “nada tiene objeto”)

2. Comunicación no ambigua (p. ej., “quiero morir”, “siento como si quisiera matarme”, “tomar pastillas”)



II. Autoinforme

9. *Propósito supuesto del intento*

0. Manipular a otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza
1. Componentes de 0 y 2
2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas.

10. *Expectativas sobre la probabilidad de muerte*

0. Pensó que era improbable
1. Posible pero no probable
2. Probable y cierta

11. *Concepción de la letalidad del método*

0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal
1. No estaba seguro si lo que hacía era letal
2. Igual o excedió lo que pensaba que sería mortal

12. *Seriedad del intento*

0. No intento seriamente poner fin a su vida
1. Inseguro
2. Intento seriamente poner fin a su vida

13. *Actitud hacia el vivir/morir*

0. No quería morir
1. Componentes de 0 y 2
2. Quería morir



14. *Concepción de la capacidad de salvamento medico*

0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención medica
1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica
2. Seguro de morir aunque recibiese atención medica

15. *Grado de premeditación*

0. Ninguno, impulsivo
1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento
2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento

III. Circunstancias subjetivas

16. *Reacción frente al intento*

0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimiento de ridículo, vergüenza
1. Acepta tanto el intento como su fracaso
2. Acepta tanto el intento como su fracaso
3. Rechaza el fracaso del intento

17. *Preconcepciones de la muerte*

0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos
1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas
2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte

18. *Numero de intentos de suicidio previos*

0. Ninguno
1. 1 o 2
2. 3 o más



19. *Relación entre ingesta de alcohol e intento*

0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
2. Ingesta intencional del alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

20. *Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)*

0. Alguna ingesta de drogas pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento



**ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR EN EL PERFIL DE
LOS ADOLESCENTES CON INTENTO SUICIDA
DATA**

Casos	Edad	Sexo	Integración Familiar	Cohesión	Adaptabilidad	Gravedad de la tentativa d S.
1	14	F	desintegrada	desligada	estructurada	Baja
2	13	F	Integrada	Desligada	Rigida	moderada
3	15	F	desintegrada	Flexible	Flexible	Moderada
4	17	F	desintegrada	Separada	Estructurada	moderada
5	19	M	desintegrada	desligada	Flexible	Alto
6	16	F	Integrada	desligada	Rigida	moderada
7	16	M	desintegrada	desligada	Rigida	Alto
8	16	F	integrada	desligada	Flexible	moderada
9	16	F	desintegrada	desligada	Rigida	Alto
10	16	F	semiintegrada	Separada	Flexible	Baja
11	15	F	desintegrada	Separada	Flexible	moderada
12	15	F	semiintegrada	desligada	Rigida	Alto
13	15	M	Integrada	Separada	Flexible	moderada
14	13	M	Integrada	Conectada	Flexible	Baja
15	17	F	Integrada	Conectada	Flexible	moderada
16	13	F	desintegrada	desligada	Rigida	moderada
17	16	F	desintegrada	desligada	Rigida	Alto