



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO:

**“CAUSAS DE INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DEL CANTÓN LOJA- ÁREA URBANA EN
EL PERIODO 2008/2010”**

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA.**

AUTORA: MAIDA TITUANA SALINAS.

DIRECTORA: Lic. ROSITA ARAUJO

LOJA – ECUADOR

1859

CERTIFICACIÓN

Lic. Rosita Araujo, DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

C E R T I F I C A:

Haber dirigido, asesorado y revisado cada una de las partes que contiene la tesis denominada "CAUSAS DE INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DEL CANTÓN LOJA ÁREA URBANA PERIODO 2008/2010" de autoría de Maida Lucía Tituana Salinas Egresada de la Carrera de Enfermería, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, por lo que autorizo la presentación de la misma, para los fines pertinentes.

Loja, 26 de julio del 2011

Lic. Rosita Araujo

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

El presente trabajo investigativo es de absoluta responsabilidad de la Autora.

Maida Lucía Tituana Salinas
Egresada de la Carrera de Enfermería.

AGRADECIMIENTO

Con profundos sentimientos de gratitud e infinito amor, agradezco:

A Dios; por iluminar mi camino y por darme la suficiente inteligencia y capacidad para mis estudios. A los seres que me dieron la vida, mis padres porque siempre han sido mi guía para ser una mujer de bien inculcándome los valores y enseñándome que solo con el sacrificio se puede triunfar. A mi esposo por su incondicional apoyo económico y moral.

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, a mis Maestras y Maestros que en cada aula, a través de sus conocimientos aportaron a mi formación humana e intelectual. Al Hospital Regional Isidro Ayora, por ser siempre uno de los mejores escenarios de práctica para quienes nos formamos en el campo de la salud y al departamento de Estadísticas y quienes laboran en el mismo por facilitarme la información necesaria para el desarrollo de mi tesis. Finalmente y de manera especial agradezco a la Lic. Rosita Araujo, mi Asesora de Tesis, quien supo orientarme e instruirme en forma oportuna y eficiente para culminar con éxito el presente trabajo investigativo.

DEDICATORIA

Dedico el esfuerzo de mi trabajo a dos personas especiales, que han sido mi motivación y mi principal inspiración. A mi esposo Jorge por su apoyo, su comprensión y su paciencia durante los últimos meses para culminar mis estudios y elaborar mi tesis y a nuestro pequeño angelito que está en el cielo y sé que indudablemente desde ahí será la luz de nuestro camino.

Maida

ESQUEMA DE CONTENIDOS:	Página
Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Agradecimiento	iv
Dedicatoria	v
Esquema de tesis.....	vi
1. Título.....	2
2. Resumen.....	3
3. Summary.....	6
4. Introducción.....	9
5. Revisión de literatura.....	14
6. Metodología.....	61
7. Resultados.....	64
8. Discusión.....	94
9. Conclusiones.....	100
10. Recomendaciones.....	102
11. Bibliografía.....	103
12. Anexos.....	110

TÍTULO

1.

**CAUSAS DE INTENTO DE SUICIDIO EN
ADOLESCENTES DEL CANTÓN LOJA- ÁREA
URBANA EN EL PERIODO 2008/2010”.**

2. RESUMEN:

En el presente trabajo investigativo, se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo acerca de las “causas de intento de suicidio en adolescentes del Cantón Loja, área urbana en el periodo 2008/2010”, el cual se llevó a cabo en el Departamento de Estadísticas del Hospital Regional Isidro Ayora, previa autorización del Director de la mencionada institución y la coordinación de la Jefe del Departamento; mediante la revisión de las historias clínicas y los libros de egresos hospitalarios del periodo en estudio, con lo cual fue posible determinar las características epidemiológicas, los factores sociales, psicológicos y económicos, las circunstancias asociadas y el método utilizado relacionados con el intento de suicidio, los mismos que se planteó al inicio de la investigación como objetivos; y de los resultados obtenidos, de acuerdo a las variables de estudio, se pudo concluir que:

Por sexo, el femenino es el más representativo con el 65% de los casos, produciéndose en igual proporción en los años 2009-2010; por edad, el grupo étareo con mayor índice de intentos de suicidio, tanto en el sexo femenino como masculino, fluctúa entre los 15 y 19 años;

De acuerdo al nivel de Escolaridad, los intentos de suicidio en ambos sexos, son más frecuentes en la etapa de la Secundaria, que representa el 61% de la población estudiada, es por ello que según la ocupación el 81% corresponde al sector Estudiantil.

Por Estado civil, el 90% tanto de sexo femenino como masculino son solteros, así mismo el 88% de la población estudiada no tiene hijos. Según las variables de fecha, hora y lugar del intento, el mes de mayo es el que contiene mayor índice (16%) de intentos de suicidio, los cuales han sido ocasionados de 12:00 a 18:00, por el 43% de la población en estudio y el 74% tuvo lugar en su propio domicilio.

Según los factores asociados, Las decepciones amorosas son el factor social que con mayor frecuencia (28%) ha ocasionado intentos de suicidio en adolescentes. La depresión (59%) y el nivel bajo de autoestima (14%) son los factores biopsicológicos de mayor predominio en los intentos de suicidio. La mayoría de la población estudiada es de bajos recursos económicos (48%).

De acuerdo a las circunstancias asociadas y el método empleado, los conflictos familiares que representan el 22% de la población estudiada y los hogares uniparentales por migración (14%) son las que con

mayor frecuencia contribuyeron al comportamiento suicida en los adolescentes. La intoxicación es el único método empleado por el 100% de la población estudiada y los órganos fosforados (49%) y carbo matos (23%) son las sustancias más empleadas en los intentos.

Según la evaluación Psiquiátrica de los adolescentes, al 64% se le diagnosticó Depresión reactiva y de acuerdo al manejo clínico durante la hospitalización el 97% recibió Tratamiento médico Psicoterapéutico, el 98% fue dado de alta por orden médica con buen pronóstico, existiendo una defunción por el intento que representa el 1%.

3. SUMMARY

This research work has been carried out a retrospective study about the "causes of suicide attempts in adolescents Loja, urban area in the period 2008/2010," which was held at the Department of Statistics Regional Hospital Isidro Ayora, with the permission of the Director of that institution and the coordination of the Department Head, by reviewing medical records and hospital discharge books of the period under study, which was possible to determine the epidemiological, the social, psychological and economic circumstances and the method associated with related suicide attempt, the same as those raised at the beginning of the research objectives, and the results obtained, according to the study variables are We concluded that:

The female sex is the most representative with 65% of cases occur in equal proportions in the years 2009-2010, By Age, The age group with the highest rate of suicide attempts, both female and male, ranging between 15 and 19.

By level of schooling According to this variable, suicide attempts in

both sexes, are more common in the secondary stage, which represents 61% of the population studied, which is why according to occupation 81% corresponds to the student sector.

By Marital Status, The 90% of both female and male are single. Existence of children, 88% of the population studied has no children. According to the variable date, time and place of the attempt: The month of May is the one containing the highest rate (16%) of suicide attempts, which have been caused more frequently in the afternoon by 43% the study population and 74% took place in his own home.

According to the associated factors, the disappointments in love are the social factor that most often (28%) has led to suicide attempts in adolescents. Depression (59%) and low self-esteem (14%) are the most bio-psychological factors in the prevalence of suicide attempts. Most of the study population is low income (48%).

According to the circumstances surrounding and the method, the family disputes that account for 22% of the population studied and the single-parent households due to migration (14%) are the circumstances that most often contribute to suicidal behavior in adolescents. Intoxication is the only method used for 100% of the

population studied and organic phosphorus (49%) and carbo formats (23%) are the substances most often used in attempts. According to the clinical management of adolescents during hospitalization, 97% received medical treatment Psychotherapy, 98% were discharged by order of a physician with a good prognosis, and there is a death for the attempt which represents 1%.

4. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es definida como una etapa del ciclo vital entre la niñez y la adultez, que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones.

Por otro lado, la adolescencia es considerada como una “etapa difícil o edad crítica, debido al impacto de los cambios físicos y emocionales que el adolescente experimenta, la personalidad del individuo tiende a desequilibrarse y alterarse de forma brusca por un incremento de las fuerzas psíquicas que se presentan básicamente en las manifestaciones sexuales. Así pues, el “yo” se siente amenazado por estas nuevas fuerzas que no sabe cómo gobernar, defenderse de ellas e integrarlas; esto determina una desarmonía general y una crisis emocional que afecta toda la situación del adolescente, el mismo que al no encontrar ayuda, apoyo u orientación es capaz de desarrollar problemas de desadaptación, ansiedad, depresión, y por ende el suicidio, pero cuando éste ocurre, debe ser un acto impulsivo, no bien pensado y por tanto, muy difícil de evitar”¹, convirtiéndose en una gran

¹ VANPELT. N. “Cómo formar hijos vencedores”, tercera edición, Argentina Editora sud americana.

tarea para la familia, los Psiquiatras, Psicólogos, Suicidólogos, Médicos de la familia y para los y las profesionales de Enfermería.

Todos los profesionales de Enfermería, de salud pública, tienen una gran responsabilidad en la prevención de padecimientos que afectan la salud física, sexual y mental del individuo, ya que el papel de la enfermera no es el de corregir ni de sanar, si no el de prevenir o evitar que se produzcan dichos padecimientos. Para ello cada día se fomentará el espíritu humanista, el deseo de ayudar, limitándose no solamente a lo científico si no a lo práctico en base a la educación, a la información, a la comunicación, a la orientación y a la evaluación, ésto nos permitirá conocer oportunamente el ambiente en el cual las familias de nuestro medio se desenvuelven, así mismo podemos diferenciar lo saludable de lo destructible, lo caótico de lo armónico, lo bueno de lo malo, conociendo las causas que generaron el padecimiento desde sus raíces y actuar oportunamente en base a ello para evitar que cada día hayan más personas con deseos de morir.

El suicidio en la adolescencia es una trágica realidad, ocupando un lugar entre las tres primeras causas de muerte en la mayoría de los países y en algunos, sólo le supera otro tipo de muerte violenta, los accidentes de vehículos de motor. Y lo peor es que la tendencia es a

incrementarse según los estimados de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

“La conducta suicida en las últimas décadas ha demostrado una tendencia a elevar sus tasas de incidencia en el ámbito mundial, a pesar de grandes dificultades para el registro fiable de los suicidios en casi todos los países, debido a prejuicios religiosos, cuestiones políticas o hábitos culturales, algunos investigadores opinan que probablemente las tasas efectivas son considerablemente superiores a las que resultan de los casos notificados. En los últimos 45 años las tasas por suicidio han aumentado en 60 % a nivel mundial, en el año 2000 la tasa de mortalidad global por suicidio fue de 14.5 por 100.000 habitantes. Siendo los jóvenes y los adolescentes los más afectados, la relación entre suicidios frustrados y consumados se ha estimado en 40:1 en la mayoría de los países industrializados, mientras en los mayores de 55 años es de 2:1. Además, el suicidio consumado es mucho más común en los jóvenes varones que en las mujeres, aunque éstas, en cambio, cometen intentos de suicidio con mucha más frecuencia. A medida que avanza la edad es menor la proporción de intento de suicidio, y aumenta la letalidad del intento.”² “En estudios

²<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001554.htm>

de seguimiento de pacientes después del intento, se ha visto que del 15 al 10% se suicidan, y que del 10% al 60% de los pacientes que se suicidaron tenían intentos previos.”³

Entre los factores asociados a la conducta suicida en los adolescentes, comunes en nuestro medio, se mencionan, los factores sociales, biopsicológicos y económicos.

Los Factores sociales, de los cuales los principales son: las confusiones propias de la edad como es el caso de las decepciones amorosas, el bajo rendimiento escolar, la migración, la crisis de identidad, conflictos y discusiones con los miembros de la familia y con su pareja, el consumo de sustancias tóxicas, la violencia intrafamiliar, los embarazos precoces en el caso de las mujeres, la muerte de seres queridos, los sentimientos de rechazo, , el temor de diferenciarse del grupo de pares y la vulnerabilidad a los ambientes caóticos, agresivos y negligentes.

Los factores biopsicológicos, de este tipo de factores, los que principalmente ocasionan el comportamiento suicida en los adolescentes son: la depresión, el nivel bajo de autoestima, la ansiedad, el trastorno depresivo crónico con estados de ánimo

³El suicidio de los adolescentes <http://www.insp.mx/salud/40/405-7.html>

disminuidos, el estrés, los problemas emocionales, enfermedades crónicas, la depresión alcohólica, entre otras, etc.

Los factores económicos, de este tipo de factores, los que principalmente afectan al comportamiento de los adolescentes, se encuentran: la carencia de recursos económicos, el desempleo, las deudas, que sin duda alguna éstos suponen una alteración de salud mental, inestabilidad emocional y trastornos depresivos que conllevan a la locura y a atentar contra la vida del propio individuo.

“Por otro lado la disponibilidad de los métodos y el fácil acceso a los mismos, según la OMS, incrementa la posibilidad de autolesionarse de forma deliberada con el afán de atentar contra su propia vida; sin embargo el uso de los diferentes métodos suicidas varía en función del sexo, así pues, las mujeres prefieren métodos menos violentos como: la intoxicación a través de la ingestión de sustancias venenosas, la sobredosis de medicamentos, el abuso de alcohol, etc. A diferencia de los hombres que prefieren el uso de métodos más violentos como: Colgamiento, estrangulamiento, el uso de armas de fuego, la inmersión a ríos o lagos, etc. Pero sea cual sea el método, el fin es el mismo”.⁴

⁴. www.psiquiatria.com

La razón que motivó la elaboración de la presente investigación, titulada “CAUSAS DE INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DEL CANTÓN LOJA- ÁREA URBANA EN EL PERIODO 2008/2010” fue, porque precisamente en el Hospital Regional Isidro Ayora existe una gran demanda de adolescentes ingresados por intoxicación de órganos fosforados u otras sustancias tóxicas; con fines de intento de suicidio o autolisis, planteándome como objetivo principal la determinación de las principales causas que generaron el comportamiento suicida en los adolescentes de nuestro cantón.

Pretendiendo identificar las características epidemiológicas, los factores sociales, biosicológicos y económicos relacionados con el intento de suicidio, con el fin de aportar a la implementación de acciones preventivas ya sea a través de charlas motivadoras encaminadas a elevar el autoestima en la población en riesgo, ya que sabemos que afecta en edades más tempranas a los países en vías de desarrollo, como el nuestro, constituyendo un serio problema social, pues frustra miles de vidas potencialmente productivas en su período óptimo de formación y desarrollo.

5.

REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I.

1. LA ADOLESCENCIA:

1.1 Generalidades:

“De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana de 10 a 14 años, y la adolescencia tardía de 15 a 19 años.”⁵

La adolescencia, con independencia de las influencias sociales, culturales y étnicas, se caracteriza por eventos universales entre los que se destacan:

- El crecimiento corporal evidenciable en el aumento de peso, estatura y los cambios en las formas y dimensiones corporales.
- El aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcada en el varón, acompañado de un incremento de la capacidad de transportación de oxígeno, de los mecanismos amortiguadores de la sangre capaces de neutralizar de manera

⁵MARTÍNEZ. J. “Manual de adolescencia y sexualidad” Tomo II. España, Editora ESPASA 2008, pág. 655-690.

más eficiente los productos químicos derivados de la actividad muscular.

- Incremento y maduración de los pulmones y el corazón, con un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.
- Incremento de la velocidad de crecimiento, los cambios en las formas y dimensiones corporales, los procesos endocrino metabólicos y la correspondiente maduración, no siempre ocurren de forma armónica, por lo que es común que presenten incoordinación motora, fatiga fácil, trastornos del sueño, los que pueden generar trastornos emocionales y conductuales transitorios.
- Desarrollo y maduración sexual, con la aparición de las características sexuales secundarias y el inicio de la capacidad reproductiva
- “Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor o menor grado estarán presentes durante esta etapa de la vida y que pueden resumirse de la siguiente manera:

- Búsqueda de sí mismo y de su identidad.
- Necesidad de independencia.
- Tendencia grupal.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
- Relaciones conflictivas con los padres que fluctúan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.
- Actividad social reivindicativa, tornándose más analíticos, con pensamientos simbólicos, en los que formulan sus propias hipótesis y llegan a conclusiones propias.
- Eligen una ocupación para la que necesitarán adiestramiento y capacitación para llevarla a la práctica.
- Necesidad de asumir un nuevo rol social como partícipe de una cultura o subcultura específica.”⁶

1.2.- Adolescencia y comportamiento suicida: Dentro del comportamiento suicida, se pueden presentar diversas formas de manifestación, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional. Algunos consideran que el suicidio consumado no aparece antes de

⁶SUEDERALD. D, Sue Stanley Comportamiento anormal, 4ª Edición, Mc Graw Hill, 1996, pág. 382-389.

los 12 años por considerarse que la inmadurez cognitiva es un factor protector para estas conductas.

A continuación se definirán las principales manifestaciones del comportamiento suicida:

“El deseo de morir. Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como: "la vida no merece la pena vivirla", "lo que quisiera es morirme", "para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto" y otras expresiones similares.

La representación suicida. Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.

Las ideas suicidas. Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación:

- Idea suicida sin un método específico, pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: "no sé cómo, pero lo voy a hacer".

- Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: "De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo."
- Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.
- El plan suicida o idea suicida planificada, en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.

La amenaza suicida. Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.

El gesto suicida. Es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo

general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.

El intento suicida, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.

Acto suicida: Hecho por el cual un sujeto se causa lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

Suicidio: Muerte que resulta de un acto suicida.”⁷

El suicidio frustrado. Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.

El suicidio accidental. Es realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto. También se incluyen los casos en los que no se previeron las complicaciones posibles, como sucede en la población penal, que se autoagrede sin propósitos de morir, pero las complicaciones derivadas del acto le privan de la vida (inyección de

⁷JIMÉNEZ. I. Análisis del suicidio a través de la autopsia psicológica. Rev. De psiquiatría. 1998, pág. 197-206.

petróleo en la pared abdominal, introducción de alambres hasta el estómago o por la uretra, etc.).

Suicidio intencional. Es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo desee morir o no, pues en este último caso estaríamos ante un suicidio accidental, en el que no existen deseos de morir, aunque el resultado haya sido la muerte.

“El informe Mundial de la Violencia y Salud del 2002 de la OMS define que el comportamiento suicida va desde el pensamiento de quitarse la vida al planteamiento de matarse y la consumación del acto, muchas personas que tienen pensamientos suicidas no atentan nunca contra sí mismas e incluso las que intentan suicidarse puede que no tengan la intención de morir”⁸.

“Durkein, citado en el documento de Salud Mental en el mundo define el suicidio, Como toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo realizado por la victima misma, sabiendo ella que debía producirse ese resultado. Otros autores como Hendin en 1965 y Menninger en 1972 cuestionaron la definición de Durkein ya que los datos clínicos descubrían que la intencionalidad de

⁸ TORO.RJ./YÉPEZL.E..Psiquitría.Fundamentos de medicina, tercera edición,pág.131-145.

la conducta suicida no siempre era la de matarse y a veces ni siquiera hacerse daño”.⁹

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el suicidio es el producto de dos factores:

- Las predisposiciones internas de ciertos individuos a quitarse la vida.
- Las circunstancias externas que le llevan a actuar en un momento y lugar determinado.

Predisposiciones internas:

Edad: “Es más frecuente entre las personas de 15 a 34 años y en los mayores de 65 años.

Sexo: La frecuencia de suicidio entre varones es cuatro veces superior a las de las mujeres, aunque éstas cometan más intentos de suicidio.

Etnia: Con respecto a la etnia, la prevalencia del suicidio entre los blancos es aproximadamente el doble de la observada en otras razas.

Alteraciones biológicas: Se ha señalado que el 90% de quienes se quitan la vida tienen algún tipo de trastorno mental, y que el 50% de los suicidas cumplía los criterios de depresión, aunque esta asociación es algo más débil en los países asiáticos. En la misma línea, se señala

⁹www.Vida y Salud Mental.com

que el 10%-15% de los individuos con un trastorno bipolar muere por esta causa; mientras que en el caso de la esquizofrenia, el suicidio está presente en el 4%-5% de los fallecimientos. Patologías como el cáncer, el sida, la esclerosis múltiple o la epilepsia también aumentan el riesgo, según se ha observado en algunos trabajos (Hawton y Van Heering, 2009).”¹⁰

Predisposiciones externas:

Estado civil: También difiere la tasa de suicidio según el estado civil, con un mayor riesgo en personas viudas, divorciadas y que viven solas, que las casadas.

Localidad.- Las tasas de suicidio son mayores en las áreas urbanas que en las rurales.

Religión: Se ha señalado que los ateos tienen una tasa más alta de suicidios que los creyentes, y entre estos, la tasa más alta es la de los budistas, seguidos de los cristianos, hindues y por último los musulmanes.

Clima: Parece que las estaciones del año tienen cierta influencia, ya que se ha observado que se da un aumento del suicidio en primavera y en otoño.

¹⁰www.psicologia-online.com/.../9/conducta3.shtml www.who.int/mediacentre/news/.../es/index.html

El suicidio está considerado como un acto biológico, psicológico y social. En cuanto a lo biológico, la deficiencia de la serotonina (un neurotransmisor) se encuentra presente en la conducta impulsiva, (tal como sucede en pacientes con trastorno depresivo). Se invoca además factores genéticos presentes en estos actos, como el que suele presentarse en determinadas familias.

Con relación a lo psicológico, la depresión, la desesperanza y la impotencia se consideran las causas más comunes. También lo es la pérdida de un ser querido, o una situación que no se tolera, el chantaje o escapar ante un peligro real o irreal.

“La OMS clasifica las tasas de suicidios de una comunidad en bajas, medianas, altas y muy altas en función del número de suicidios por 100.000 habitantes por año, de modo que cifras menores de 5 por 100.000 habitantes se consideran como bajas tasa entre 5 y 15 como medianas, y entre 15 y 30 como altas y por encima de 30 muy altas.

La esperanza de vida es muy utilizada para medir el estado de salud de la población y se define como el promedio de años que cabe esperar viva una persona de una determinada edad si se mantienen las tasas de mortalidad actuales. Los años de vida perdidos es otra medida del estado de salud de la población la cual se define como los

años de vida que se pierden a causa de muerte prematura (antes de la edad arbitrariamente establecida).¹¹

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional.

Las ideas suicidas son muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida.

El intento de suicidio es muy común entre los adolescentes con predisposición para esta conducta y se considera que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentan cerca de trescientos.

¹¹RODRÍGUEZ. P./ GALBANY D. “Psicología Juvenil” tercera edición, Barcelona-España, Ediciones Hyma 2007.pág.30-34.

CAPÍTULO II:

2. FACTORES DE RIESGO SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA:

Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidarán se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, entre los que se encuentran:

- “Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional
- Estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz.
- Presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva.
- Mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales, la influencia de amigos, los divorcios, etc.”¹²

2.1. Factores culturales y sociodemográficos.

¹²MESA JP. El suicidio en la vejez. En: Buendía J. ed. Envejecimiento y psicología de la salud. Madrid: Siglo XXI; 1999. pág. 299-311

“Los problemas socioeconómicos, los bajos niveles educacionales y el desempleo son factores de riesgo para el comportamiento suicida pues limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes los padecen”¹³.

Los factores asociados a la cultura adquieren una importancia capital en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a un proceso de coloniaje cultural con pérdida de la identidad y sus costumbres y también se hace patente entre los inmigrantes. Oberg fue el primero en utilizar el término "shock cultural" para referirse al proceso de adaptación del inmigrante, el cual se caracteriza por:

- Esfuerzos constantes por lograr adaptarse a la nueva cultura.
- Sentimientos de pérdida y pena, motivados por los recuerdos de los amigos, familiares, la profesión, las posesiones y cuanto se ha dejado atrás.
- Sentimientos de ser rechazado por los miembros de la nueva cultura.
- Confusión en el rol, las expectativas, los valores y la identidad ante la nueva cultura.

¹³VALLEJO NÁJERA J. A. “Salud pública”, México 2007, vol 40 No. 5 pág. 430-437.

- Sorpresa, angustia, disgusto e indignación ante las diferencias culturales a las que debe adaptarse.
- Sentimientos de no ser capaz de adaptarse a la nueva cultura.

Entre las razones que pueden contribuir al suicidio de los adolescentes de estos grupos poblacionales se encuentran extrañar la tierra natal y sus costumbres, problemas con la pareja, infelicidad, baja autoestima, carencia de amigos o familiares, el aislamiento social y la falta de comunicación por las barreras que impone el idioma en caso que el país receptor difiera del natal.

Un proceso de este tipo, aunque con menos diferencias, puede desencadenarse en el curso de migraciones internas, cuando se trasladan las familias, en busca de oportunidades, desde las zonas rurales a las urbanas o de las provincias o departamentos a las capitales. La mudanza o migración interna, puede ser un factor de riesgo de suicidio de importancia en la adolescencia, principalmente cuando no se logra la adaptación creativa al nuevo entorno.

2.2. Situación familiar y eventos vitales adversos.

La situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues son comunes:

- Presencia de padres con trastornos mentales.
- Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros.
- Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento.
- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Pobre comunicación entre los integrantes de la familia.
- Dificultades para prodigar cuidados a los que los requieren.
- Frecuentes riñas, querellas y otras manifestaciones de agresividad en las que se involucran los miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad.
- Separación de los progenitores por muerte, separación o divorcio.
- Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.
- Situación de hacinamiento, lo que en ocasiones se traduce por la convivencia de varias generaciones en un breve espacio, lo cual impide la intimidad y la soledad creativa de sus miembros.

- Dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura.
- Autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores.
- Inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas.
- Incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente y desconocimiento de las necesidades biopsicosociales.
- Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés.
- Exigencias desmedidas o total falta de exigencia con las generaciones más jóvenes.
- Llamadas de atención al adolescente que generalmente adquieren un carácter humillante.
- Si los padres están divorciados pero conviven en el mismo domicilio, el adolescente es utilizado como punta de lanza de uno de ellos contra el otro y se le trata de crear una imagen desfavorable del progenitor en contra de quien se ha realizado la alianza.
- Incapacidad para abordar los temas relacionados con la sexualidad del adolescente, la selección vocacional y las necesidades de independencia.

2.3. Psicopatología del adolescente que constituye una predisposición a cometer suicidio.

Se considera que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable, lo cual ha sido ampliamente abordado en las investigaciones realizadas mediante las autopsias psicológicas. En los adolescentes este postulado también se cumple y se considera que la mayoría de los que se suicidan pudieron haber padecido algunas de las siguientes enfermedades:

- Depresión.
- Trastornos de Ansiedad.
- Abuso de alcohol y de drogas.
- Trastornos incipientes de la personalidad.
- Trastorno Esquizofrénico.

A continuación describiremos dichos trastornos, lo cual facilitará el reconocimiento de los mismos por parte de los padres, las madres, los abuelos, maestros y maestras, amigos y cualquier otra persona que esté en contacto directo con los adolescentes, lo que les permitirá detectar precozmente los sutiles cambios en la conducta, las relaciones humanas, la afectividad y los hábitos que sugieren la presencia de uno de estos trastornos.

2.3.1. Depresión.- “Es una enfermedad del estado de ánimo, muy frecuente, la cual afecta al ser humano en su totalidad, ya sea física y emocionalmente, con repercusión social debido a la merma de la voluntad para satisfacer las demandas habituales de la vida de forma óptima”¹⁴. Entre los síntomas más frecuentes observados en los adolescentes deprimidos se encuentran los siguientes:

- Tristeza, aburrimiento, tedio y fastidio.
- Pérdida de los intereses y del placer en las actividades que anteriormente lo despertaban.
- Trastornos del hábito de sueño, con insomnio o hipersomnia.
- Intranquilidad.
- Falta de concentración.
- Irritabilidad, disforia, malhumor.
- Pérdida de la energía para emprender las tareas cotidianas.
- Sentimientos de cansancio y agotamiento.

- Preocupaciones reiteradas con la música, libros, y juegos relacionados con el tema de la muerte o el suicidio.
- Manifestar deseos de morir.

¹⁴ARLAES NÁPOLES. L. /HERNÁNDEZ SORÍ G. Conducta suicida factores de riesgo asociados. Rev. Cubana Med.Integra 1998,14(2):122-126

- Sentirse físicamente enfermos, sin tener una enfermedad orgánica alguna.
- Incremento del uso del alcohol y las drogas.
- Falta de apetito o apetito exagerado.
- Conducta rebelde sin una causa que lo determine.
- Expresar ideas suicidas o elaborar un plan suicida.
- Planificar actos en los que no se calculen de forma realista, las probabilidades de morir.
- Llanto sin motivo aparente.
- Aislamiento social evitando las compañías de amigos y familiares.
- Pesimismo, desesperanza y culpabilidad.

“La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su clasificación de enfermedades mentales DSM-IV-R considera que para realizar el diagnóstico de un Trastorno Depresivo Mayor se requieren cinco o más de los siguientes síntomas, los que deben estar presentes por al menos dos semanas de duración y que ello representa un cambio en el funcionamiento habitual del sujeto

- Ánimo deprimido la mayor parte del día durante todos los días.

- Marcada reducción del placer o el interés en todas o la mayoría de las actividades diarias.
- Disminución de peso sin someterse a dieta o ganancia de peso (del orden de un 5%).
- Insomnio o hipersomnia diarios.
- Agitación psíquica y motora o retardo psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía diariamente.
- Sentimientos de culpa inapropiados, que pueden conducir a delirios de culpa.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse e indecisión la mayor parte del día.
- Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio.

Estos síntomas no deben ser ocasionados por una enfermedad física o por abuso de sustancias.

Es de suma importancia el reconocimiento de la depresión en el adolescente, pues son más proclives a realizar intentos de suicidio que los adultos en condiciones similares¹⁵

2.3.2. Trastornos de Ansiedad.- Diversas investigaciones han demostrado la correlación existente entre los trastornos de ansiedad y

¹⁵REYES. W. /. ALONSO A. Factores Epidemiológicos y Psicosociales que inciden en los intentos suicidas. Rev. Cubana Med: Gen Integra 2001; pag.155-63.

el intento de suicidio en adolescentes varones, no así entre los adultos. “Se trata de un estado emocional en el que se experimenta una sensación desagradable de peligro inminente para la integridad física o psicológica del sujeto, quien puede temer a volverse loco, perder la razón o morir de un ataque cardíaco. Si no es diagnosticado y tratado oportunamente este trastorno, puede comprometer las habilidades del sujeto para realizar sus actividades cotidianas”¹⁶

Las manifestaciones del Trastorno de Ansiedad son las siguientes:

- Manifestaciones físicas que incluyen pulso acelerado, palidez facial o rubor, incremento de la frecuencia respiratoria y sensación de falta de aire, sudoración de manos y pies, temblor, tensión muscular generalizada, saltos musculares, dolor de cabeza, náuseas, dolores abdominales, diarreas, micciones u orinas frecuentes, salto de estómago, piel de gallina, frialdad de manos y pies, etc.
- Manifestaciones psicológicas entre las que sobresalen el temor, la tensión, el nerviosismo, la sensación de estar esperando una mala noticia, la incapacidad para mantenerse quieto en un lugar y de relajarse.

¹⁶SERFATY. ET. Depresión y factores de riesgo en varones mayores de 18 años. Publicación Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 1992

- Manifestaciones conductuales consistentes en timidez, aislamiento, evitación de aglomeraciones y actividades sociales, dependencia, intranquilidad motora, hiperactividad afanosa o necesidad de mantenerse ocupado.

2.3.3. Abuso de Alcohol.- “La característica esencial del abuso de alcohol o de otra sustancia cualquiera, consiste en un patrón desadaptativo de consumo de dichas sustancias, manifestado por consecuencias adversas, significativas y recurrentes relacionadas con su consumo repetido. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso y dañino, pudiendo llevar a problemas legales, sociales e interpersonales recurrentes. Estos problemas pueden manifestarse repetidamente durante un período continuado de doce meses”¹⁷

Existen determinadas señales de peligro que deben hacer pensar que un adolescente está consumiendo drogas y son los siguientes:

- Cambios bruscos de amistades.
- Cambios en la manera de vestir y de hablar, utilizando la jerga propia de los toxicómanos.

¹⁷www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a11v23n4.pdfwww.who.int/mediacentre/news/.../es/index.html

- Disminución del rendimiento académico y repetidas ausencias injustificadas a la escuela, sin que se conozca en qué ha empleado el tiempo.
- Cambios en su comportamiento habitual en el hogar, tornándose irritables, aislados, huraños y sin deseos de compartir con el resto de la familia.
- Realiza hurtos en el propio domicilio, o en el de otros familiares, amigos o vecinos para venderlos y adquirir el dinero con que comprará la droga. En ocasiones roban importantes sumas de dinero a los padres o les mienten sobre supuestas compras de artículos deseados pero inexistentes.
- Cambios en los horarios de las actividades, predominando las que realiza en horarios nocturnos, lo cual altera su ritmo de sueño y alimentación.
- Señales de quemaduras en las ropas, manchas de sangre, señales de pinchazos en antebrazos o resto de drogas en los bolsillos.

Como se ha hecho evidente, el abuso de sustancias conlleva una serie de comportamientos comunes encaminados a la búsqueda de la sustancia, su consumo y restablecimiento de sus efectos nocivos,

variando, como es lógico suponer, las manifestaciones clínicas de cada una de ellas.

2.3.4. Trastorno Disocial de la Personalidad.- Es otro factor de riesgo de suicidio entre los adolescentes, que por sus rasgos clínicos tiene una elevada propensión al suicidio y a la realización de daños autoinfligidos. Sobresalen en este trastorno las siguientes características:

Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes, propios de la edad, manifestándose por la presencia de los siguientes criterios durante los últimos doce meses y por lo menos de un criterio durante los últimos seis meses:

- “Agresión a personas y animales: con frecuencia fanfarronea, amenaza e intimida a otros, a menudo inicia agresiones físicas, ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas, ha manifestado crueldad física con personas y animales, ha robado enfrentándose a la víctima (ataque con violencia, arrebatarse bolsos, robo a mano armada), ha forzado a alguien a una actividad sexual.

- Destrucción de la propiedad social: ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves, ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas.
- Fraudulencia o robo: ha violentado la casa o el automóvil de otras personas, a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones, ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento a la víctima (robos en tiendas, falsificaciones de documentos)
- Violaciones graves de normas: a menudo permanece fuera del hogar de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los trece años, se ha escapado durante la noche por lo menos en dos ocasiones, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustituto, suele tener ausencias a la escuela, iniciando esta práctica”.¹⁸

El trastorno disocial de la personalidad provoca deterioro significativo de la actividad social, académica y laboral. Con suma frecuencia desarrolla abuso de sustancias y dependencia de ellas, pero no por la vía sociocultural expuesta anteriormente, sino por la llamada

¹⁸Disponible en URL: wwwsicologiapopular.com/adolescente.htm. Depresión en la adolescencia. (Revisado 11/03/2011).

hedónica, en la que la motivación más importante es la búsqueda de "placer artificial".

2.3.5. Trastorno esquizofrénico.- “Enfermedad devastadora que puede en su debut, tener como primer y único síntoma evidente el suicidio del adolescente. Se piensa que la asistencia al derrumbe psicológico, a las diversas sensaciones y percepciones anómalas, el cambio del mundo circundante y del propio Yo, cuando aún se conserva algún lazo con el mundo no esquizofrénico, explicaría este desenlace en un adolescente "aparentemente normal".¹⁹

Esta enfermedad no tiene un cuadro clínico homogéneo, pero algunos síntomas deben hacer que se piense en ella. Entre estos, los siguientes son los más comunes:

Pensamiento sonoro, eco, robo, inserción o difusión de los pensamientos del sujeto, alucinaciones auditivas que comentan la actividad que realiza el individuo, ideas delirantes de ser controlado, de ser influido en las acciones, emociones o pensamientos desde el exterior, alucinaciones auditivas que comentan la actividad que la persona realiza, ideas de tener poderes sobrenaturales y sobrehumanos, invención de palabras nuevas que no tienen

¹⁹HARRISON. Medicina Interna. Volumen II. Principios Generales del Tratamiento de los Trastornos del Estado de Ánimo, pág. 159-165.

significado alguno para quienes le escuchan, asumir posturas corporales extrañas mantenidas o no realizar movimiento alguno, apatía marcada, pérdida de la voluntad, empobrecimiento del lenguaje o respuesta emocional inadecuada a los estímulos, pérdida de intereses, falta de objetivos, ociosidad y aislamiento social, lenguaje incapaz de servir de comunicación con los demás, la vida laboral, las relaciones sociales y el cuidado personal están gravemente comprometidos.

2.4.- Métodos suicidas: “En la elección del método suicida intervienen una gran variedad de factores como la disponibilidad y la accesibilidad de los mismos, la aceptación sociocultural, la capacidad letal, etc. Esta serie de hechos tienen como consecuencia que se observen grandes variaciones en lo que respecta al método utilizado en función de variables como el sexo, edad, medio rural o urbano, y la latitud geográfica estudiada. Los varones prefieren métodos suicidas más violentos, las mujeres en comparación suelen utilizar métodos más pasivos y menos violentos”²⁰.

²⁰DESJARLAIS R; Salud Mental en el Mundo (OPS 1997) Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos; Suicidio Pág. 95-126

Otro hecho digno de mención es que los métodos suicidas varían con el paso del tiempo, muchas veces en función de la disponibilidad de los mismos.

En lo que a tentativa se refiere, todos los autores están de acuerdo en afirmar que la intoxicación medicamentosa es el método más utilizado.

Entre estos medicamentos se encuentran las Benzodiazepinas que están indicadas en el tratamiento de la ansiedad, depresión, terrores, insomnio, alteraciones músculo esquelético, convulsiones, síndrome de abstinencia por alcohol y como tratamiento coadyuvante en la anestesia. Debido a su amplia disponibilidad, es la intoxicación medicamentosa más frecuente. Generalmente, se produce por la ingestión del fármaco con fines auto lítico, con frecuencia acompañado por alcohol etílico y otras sustancias; es un fármaco que suele acompañar a la sobre dosis de drogas de abuso y es utilizado por los drogadictos para disminuir los síntomas de los síndromes de abstinencia.

La mortalidad en los casos de intoxicación sola por Benzodiazepinas es rara, pero con frecuencia estas se ingieren con otras drogas y/o alcohol (en mas de 75 % de los casos) potenciándose sus efectos. En un estudio multicentrico, efectuado en 317 intoxicados agudos con

carácter grave solo fallecieron 5 pacientes por intoxicación medicamentosa estando las Benzodiacepinas implicadas en 4 de ellos (en tres asociada con otros fármacos y solo en un caso como único responsable).

La Carbamazepina en la práctica médica se utiliza como anticonvulsivante, pero se han descrito casos de intoxicaciones agudas voluntarias. La intoxicación por si misma no es grave y salvo complicaciones sobreañadidas, los pacientes se recuperan a las 48 horas aun después de la ingesta de dosis masivas. En los casos descritos de evolución fatal, aparecen complicaciones respiratorias, siendo la más frecuente la insuficiencia respiratoria aguda por aspiración de contenido gástrico. Con respecto a los efectos tóxicos relacionados con la dosis en las intoxicaciones agudas, se ven descrito casos que han sobrevivido después de la ingestión de 80 gr. La mayoría de los casos no fatales descritos han sido después de la ingestión de 60 gr. de forma aguda o bien después de la ingestión de 60 gr. en un paciente con un tratamiento crónico.

El paracetamol o Acetaminofen posee efecto antipirético y analgésico, la dosis requerida para producir toxicidad es desconocida, ya que varía en función de la actividad del citocromo P-450(variable entre personas), cantidad de glutatión y su capacidad de regeneración. Sin embargo, en varios estudios retrospectivos se sugiere que puede

existir toxicidad con una dosis única superior a 250 mg/Kg. De peso, pero se prefiere aceptar una dosis menor para definir el riesgo de toxicidad, quedando esta en una sola dosis de 7.5 gr. o más en adultos o 140-150 mg/Kg. de peso en niños.

La intoxicación suele ocurrir dentro de distintos contextos, siendo el mas frecuente con enorme diferencia sobre el resto la ingestión intencionada aguda en grandes dosis con fines suicidas. También se ha descrito la ingestión accidental y la coingestion de grandes dosis, no intencionadas, con fármacos opiáceos como el propoxifeno o la codeína. Otras formas de sobre dosificación son el cálculo erróneo de las dosis, excesiva automedicación por parte del enfermo, el uso de formulas de adulto para niños u otros errores en el reconocimiento de las distintas formas de presentación del medicamento o incluso la adulteración del producto.

“Los valores culturales y las políticas sociales influyen también en las preferencias por los métodos de suicidio. En las diferentes sociedades agrarias, los plaguicidas se pueden conseguir fácilmente y constituyen el método más popular de suicidio.

Uno de los plaguicidas más peligrosos y más utilizado en nuestro medio es el fosfuro de aluminio el cual está destinado a ser utilizado en la agricultura para conservar cosechas; se presenta en tabletas de

0.6 hasta 3 gr., es un producto muy toxico y la dosis letal media para seres humanos es de 20mg/Kg. de peso.

El paraquat es un herbicida que pertenece a la familia de los bipyridilos, es hidrosoluble. La dosis letal para el ser humano se ha calculado en 30 mg/Kg. de peso la incidencia es de 4/100.000 y la letalidad de 16 %. La forma principal de intoxicación es intencional.

Los órganos fosforados se utilizan como insecticidas, nematicidas, herbicidas, fungicidas y en la industria es liposoluble y la presentación varia de 20 al 70 % de principio activo. La dosis letal varía de acuerdo al tipo de producto, pero en general son de alta toxicidad (DL 50 0-50 mg/Kg.) y moderada toxicidad (DL 50 50-500 mg/Kg.)²¹

²¹ Sitio Web <http://www.psi.uba.ar/investigaciones/secretaria/articulos/suicidio.htm>

CAPÍTULO III:

3. CAUSAS DE INTENTO DE SUICIDIO Y PREVENCIÓN:

En las últimas décadas se ha detectado un alarmante incremento de las conductas suicidas en jóvenes convirtiéndose en la segunda o tercera causa de muerte en adolescentes de la sociedad. Los rasgos de personalidad más frecuentes de los adolescentes suicidas son: impulsividad, rabia y baja tolerancia a las frustraciones. A medida que avanza la edad hay mayor riesgo de suicidio ya que las personas ancianas tienen un propósito más firme de encontrar la muerte y en ellos hay etiología multifactorial: soledad, aislamiento, enfermedad somática, depresión, etc.

En nuestro medio dentro de las principales causas de intento de suicidio se encuentran: la violencia intrafamiliar, los conflictos de parejas, la migración, los embarazos precoces, el desempleo, las decepciones amorosas, los divorcios etc.

3.1.- La migración.- La adversa situación económica y las tensiones emocionales creadas por la experiencia de llegar a otro país han provocado un aumento en los intentos de suicidio entre los latinos.

La inmigración "obliga a la gente a abandonar su crítica red social de apoyo". La falta de esa red "contribuye a la tendencia suicida" entre los inmigrantes.

“Por otro lado se ha convertido en un fenómeno social que en la última década ha tenido grandes repercusiones en el comportamiento de los adolescentes, en donde uno o varios miembros del sistema familiar (especialmente del subsistema parental), sale del núcleo original hacia otra parte en busca de mejores perspectivas sociales, laborales y económicas. Los hijos se quedan en el país de origen de los padres bajo el cuidado de terceras personas o son llevados con ellos al extranjero y cuando hay dificultades se los devuelve al país de origen para que vivan con parientes. En estas familias los hijos tienen una perspectiva insegura de vida y presentan problemas de adaptación e integración, además esto provoca naturalmente una desestructuración familiar momentánea y muchas veces definitiva, siendo éste uno de los factores más estresantes en la vida de los hijos y con severas consecuencias a corto, mediano y largo plazo en el subsistema filial”²²

3.2. El desempleo.- Según reportes de la OMS indican, que "existe una clara y directa relación entre el desempleo y el suicidio, debido a que la falta de empleo supone una alteración de la salud mental, inestabilidad emocional y trastornos depresivos.

²² DIEKSTRA.R.Suicide and attempted suicide, an international perspective. Acta Psych Scan.1989;80:1-24

- Estudios realizados muestran que la población desempleada tiene peor salud mental en comparación con la población activa.
- En función de la edad, en la franja que va de los 30 a los 50 años los desempleados presentan mayor deterioro de salud mental.
- En función de la duración del desempleo, es en los primeros meses cuando aumenta de forma progresiva el deterioro emocional.

Desempleo y depresión: Investigaciones que se han realizado han demostrado que los sujetos sin empleo presentan mayores puntuaciones en depresión que los sujetos en activo. En esas investigaciones se ha puesto de manifiesto que tanto la duración del desempleo como las veces que se ha estado en esa situación constituyen dos variables moduladoras de la intensidad de los síntomas. Asimismo se ha encontrado una relación significativa entre el desempleo y el aumento de las tasas de suicidio. En cualquier caso la pérdida del puesto priva a la persona de un factor de protección: el empleo.

3.3. Embarazos precoces.- El embarazo en la adolescencia es un impacto de considerable magnitud en la vida de los jóvenes, en su

salud, en la de su hijo, su pareja, su familia, ambiente y la comunidad en su conjunto.

“El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, la inmadurez física y emocional, la , la falta de apoyo familiar, pueden ser fácilmente considerados como “factores suicidógenos circunstanciales”. La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar; el vacío afectivo; etc”.²³

3.4. Trastornos mentales.- Entre los principales trastornos mentales causantes de intentos suicidas están: los cuadros depresivos, la ansiedad, trastorno disocial de la personalidad, trastorno esquizofrénico, el abuso de sustancias etc. Cuyas definiciones ya se puntualizaron en el capítulo anterior.

²³DIESTE SÁNCHEZ. W./ ÁLVAREZ GONZÁLEZ I., CARRILLO SALOMÓN R. Evaluación de la competencia y el desempeño. Programa de prevención de la conducta suicida en Cuba. Municipio Boyeros, 1995. Rev. Cubana Med Gen Integra 1998; pág.149-55

3.5. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO:

Antes de abordar el tema, prevención del suicidio en adolescentes, es preciso citar algunos factores protectores el comportamiento suicida dentro de los cuales se encuentran los siguientes:

1. Poseer habilidades sociales que le permitan integrarse a los grupos propios de la adolescencia en la escuela y la comunidad de forma positiva.
2. Poseer confianza en sí mismo, para lo cual debe ser educado destacando sus éxitos, sacando experiencias positivas de los fracasos, no humillarlos ni crearles sentimientos de inseguridad.
3. Tener habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades, lo cual les evitará someterse a eventos y contingencias ambientales en las que probablemente fracasará, reservando las energías para abordar aquellas empresas en las que salga triunfador.
4. Tener capacidad de autocontrol sobre su propio "des-tino", como dijera el poeta chileno Pablo Neruda, cuando expresó: "Tú eres el resultado de ti mismo".

5. Poseer y desarrollar una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia, perseverancia, razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad.
6. Aprender a perseverar cuando la ocasión lo requiera y a renunciar cuando sea necesario.
7. Tener buena autoestima, autoimagen y suficiencia.
8. Desarrollar inteligencia y habilidades para resolver problemas.
9. Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a la madre, el padre, los abuelos, otros familiares, un buen amigo, los maestros, el médico, el sacerdote o el pastor.
10. Saber pedir consejos ante decisiones relevantes y saber elegir la persona más adecuada para brindarlos.
11. Ser receptivo a las experiencias ajenas y sus soluciones, principalmente aquellas que han tenido exitoso desenvolvimiento.
12. Ser receptivo ante las nuevas evidencias y conocimientos para incorporarlos a su repertorio.
13. Estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia.
14. Mantener buenas relaciones interpersonales con compañeros de estudio o trabajo, amigos, maestros y otras figuras significativas.
15. Tener apoyo de los familiares y sentir que se le ama, se le acepta y apoya.
16. Lograr una auténtica identidad cultural.

17. Poseer habilidades para emplear adecuada y sanamente el tiempo libre.
18. Evitar el consumo de sustancias adictivas (café, alcohol, drogas, tabaco, fármacos, etc.)
19. Aprender a posponer las gratificaciones inmediatas por aquellas a largo plazo que arrojen resultados duraderos.
20. Desarrollar una variedad de intereses extrahogareños que le permitan equilibrar las dificultades en el hogar si las tuviera.
21. Saber expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos, desagradables y muy molestos, incluyendo las ideas suicidas u otras, por muy descabelladas que pudieran parecer.

A estos factores habría que añadir la capacidad para hacer utilización de las fuentes que brindan salud mental, como las consultas de consejería, de psicología o psiquiatría, las unidades de intervención en crisis, los servicios médicos de urgencia, los médicos de la familia, agencias de voluntarios en la **prevención del suicidio**, etc. Se debe educar a los adolescentes en el aprovechamiento de las fuentes de salud mental existentes en la comunidad, cuándo hacer uso de ellas, qué beneficios se pueden obtener, qué servicios o posibilidades terapéuticas se les puede brindar y favorecer con ello que se haga un uso racional de las mismas.

“En esta propia vertiente se debe comenzar un sistemático esfuerzo para educar a los adolescentes en la tolerancia hacia los enfermos mentales y la aceptación de la enfermedad mental como un tipo de trastorno similar a otras afecciones crónicas no transmisibles, evitando la estigmatización y las actitudes de rechazo hacia quienes las padecen, lo cual incrementará las probabilidades futuras de aceptarlas en caso de padecerlas y buscar ayuda para recibir tratamiento especializado, disminuyendo las posibilidades de cometer suicidio si se tiene en consideración que padecer una enfermedad mental es un factor de riesgo suicida comprobado, y si no se la trata, peor aún.

Se puede contribuir a modificar las actitudes peyorativas hacia los enfermos mentales evitando utilizar calificativos tales como "anormales", "tarados", "locos", y modificando las interpretaciones del sufrimiento emocional al considerarlo como una "cobardía", "una incapacidad", "una blandenguería" y otras calificaciones que inhiben las posibilidades de buscar apoyo en quienes las padezcan".²⁴

El hecho de evitar el alcohol, los narcóticos, los sedantes recetados y las drogas ilícitas pueden ayudar a prevenir el suicidio. Estas

²⁴MARTÍNEZ. J “Manual de prevención de trastornos mentales” tomo I, España, Editora ESPASA 2008.pág. 656-661

sustancias afectan el cerebro y pueden empeorar la depresión con el tiempo.

En hogares con adolescentes:

- Todos los medicamentos que necesitan receta se deben mantener con seguro.
- No mantenga alcohol en la casa o manténgalo asegurado bajo llave.
- Guarde en forma segura y bajo llave las armas de fuego y separadas de las municiones.

“Muchas de las personas que intentan suicidarse hablan de ello con anterioridad. Algunas veces, simplemente hablar con un escucha comprensivo, que no abra juicios, es suficiente para evitar que la persona cometa suicidio. Por esta razón, los centros de prevención de suicidio tienen servicios de "línea directa" telefónica. De nuevo, nunca ignore una amenaza o intento de suicidio. Como en cualquier otro tipo emergencia, es mejor llamar inmediatamente al número local de emergencias (como el 911 en los Estados Unidos). No deje a la

persona sola ni siquiera si ya se ha hecho contacto telefónico con un profesional apropiado”²⁵.

3.5.1 EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO:

➤ Intervención de enfermería:

En la atención primaria de salud las acciones de enfermería se dirigen a brindar atención integral, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, así como las condiciones del ambiente físico que está en interacción con el individuo, su familia y colectividad.

La aplicación de procedimientos que hagan más favorable el ambiente para el hombre forma parte de sus funciones y para ello se apoya en los conocimientos de Higiene, Epidemiología, Educación para la Salud, Psicología, Psiquiatría, Bioestadística y otras especialidades de las Ciencias Médicas y que le permiten actuar con la finalidad de:

- “Estimular cambios de estilo de vida (**promoción**).
- Controlar el medio ambiente y eliminar los factores de riesgo (**prevención**).

²⁵ Organización Mundial de la Salud-OMS. Proyecciones para el 2010 en Salud Mental. Presentado en el Congreso Internacional de Epidemiología Psiquiátrica. En Sgo. de Compostela, España, 1996.

- Ayudar a la conservación de la vida mediante el diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar complicaciones (**recuperación**).
- Tratamiento de las limitaciones o secuelas para su eliminación o reducción al mínimo y la incorporación del individuo a la realización de su vida social, laboral y afectiva (**rehabilitación**)²⁶.

Los diagnósticos de enfermería que con mayor frecuencia se identifican al realizar estudios de este tipo son:

- Alteración del mantenimiento de la salud
- Alto riesgo de alteración del mantenimiento de la salud
- Riesgo de lesión
- Riesgo de traumatismo
- Alteración en el desempeño de roles
- Afrontamiento familiar ineficaz
- Alteración de los procesos familiares
- Alteración de la comunicación familiar
- Alto riesgo de violencia
- Alteración de la maternidad o paternidad
- Déficit de las actividades recreativas
- Angustia espiritual

²⁶LAFETE. LA. Comportamiento del suicidio en Ciudad de la Habana. intervención de enfermería en la atención primaria de salud. Rev.Cubana Enfermería 2000;16 (2):78-87

- Conflicto en la toma de decisiones
- Inaccesibilidad a los recursos necesarios
- Falta de adaptación familiar
- Incapacidad para el mantenimiento del hogar

➤ **Ordenes de Enfermería:**

- Notificar el caso de inmediato.
- Dispensarizar al paciente psiquiátrico con ideas suicidas.
- Visitar al paciente hospitalizado con intento suicida, para interesarse por su estado de salud.
- Ofrecer cooperación al paciente y sus familiares.
- Explicar la importancia de cumplir el tratamiento.
- Orientar, citar y controlar la asistencia periódica a consulta.
- Realizar visitas al hogar a fin de comprobar: Cumplimiento del tratamiento terapéutico, Cumplimiento de las medidas indicadas y desempeño de roles
- Ofrecer apoyo emocional al paciente y familiares
- Comunicación y cooperación entre los miembros de la familia para atender al paciente y a su vez cumplir con los deberes o tareas del hogar.

- Entrevistar de manera individual a cada integrante de la familia a fin de conocer su punto de vista sobre el problema y su actitud hacia su solución.
- Valorar la atención del paciente y la familia con especialistas (psiquiatría o psicólogo) de ser necesario.
- Realizar dinámica de grupo (familiar) sobre la base de: Definir la esencia del problema identificado, limar asperezas entre los miembros en conflicto, definir roles de cada integrante de la familia y la importancia del cumplimiento de los mismos por cada cual.
- Inducir la correcta comunicación entre sus integrantes.
- Persuadir a todos los miembros sobre la presencia de riesgo.
- Identificar los factores de riesgo, para evitar que se desencadenen.
- Orientar a los integrantes de la familia como afrontar, combatir o erradicar los riesgos siempre que sea posible, para evitar la "crisis familiar".
- Ofrecer educación para la salud al paciente y familiares sobre la importancia de:
- Disminuir las diferentes fuentes de estrés y tensión que puedan estar incidiendo en la familia.

En cuanto a las funciones administrativas en estos casos están:

“Participar mensualmente en los análisis de fallecidos por esta causa en su grupo básico de trabajo, contribuyendo a determinar los factores que influyeron y que permitan arribar posteriormente a la toma de medidas.

El personal de Enfermería en la Atención Primaria de Salud desempeña un papel importante en la prevención y control de estos pacientes, aplicando en estos casos el Método Científico "Proceso de Atención de Enfermería", mediante diagnósticos, expectativas y órdenes de enfermería dirigidas al individuo, su familia y la comunidad”.²⁷

²⁷ Antología para el curso de psicología, Universidad de Guadalajara, SEMS, Escuela preparatoria No. 10, México, Febrero de 2000, p. 131-132. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html

6. METODOLOGÍA:

DISEÑO METODOLÓGICO.

6.1. Tipo de estudio.

Descriptivo, de corte transversal en donde se analizaron los factores asociados a los intentos de suicidio en los adolescentes del cantón Loja atendidos en el Hospital Regional “Isidro Ayora” durante el periodo 2008/2010.

6.2. Área de estudio.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional Isidro Ayora, cantón Loja área urbana.

6.3. Universo y la muestra.

Lo constituyeron el 100% de los adolescentes del cantón Loja ingresados en el Hospital Regional “Isidro Ayora” por intento de suicidio (Autolisis) durante el periodo 2008/2010.

6.4. Unidad de análisis.

Historia clínica de los pacientes ingresados en la unidad hospitalaria con impresión diagnóstica de intento de suicidio (autolisis).

6.5. Fuente de Información. Secundaria: se revisaron las historias clínicas y los libros de egresos hospitalarios de los pacientes ingresados por intento de suicidio, en el período de estudio.

6.6 Mecanismos de obtención de la información.

Para el llenado de la información se diseñó un formato en donde se anotaron los datos de interés de las historias clínicas.

Para la recolección de la información se solicitó permiso al Director del Hospital Isidro Ayora y posteriormente se coordinó con el responsable del departamento de estadísticas para acceder a las historias clínicas de los pacientes ingresados.

6.7. Procesamiento de la información

El procesamiento de la información se realizó a través del programa Word y el programa de Excel para la elaboración de tablas y obtención de cifras matemáticas.

6.8. Variables del estudio

Objetivo No 1: Características epidemiológicas de los pacientes en estudio.

- Sexo
- Edad
- Procedencia
- Escolaridad
- Ocupación
- Estado civil
- Existencia de hijos
- Fecha del intento

- Hora del intento
- Lugar donde ocurrió el intento

Objetivo No 2: Factores asociados que determinaron los intentos de suicidio en los adolescentes atendidos.

- Factores sociales
- Factores biopsicologicos
- Factores económicos

Objetivo No 3: Circunstancias asociadas y el método utilizado en los adolescentes atendidos.

- Circunstancias asociadas
- Método: Intoxicación, estrangulamiento, armas de fuego, otros.

Objetivo No 4: Manejo clínico de los pacientes atendidos por el personal de Salud.

- Tratamiento médico-quirúrgico no psicoterapéutico
- Tratamiento médico Psicoterapéutico
- Condición al egreso: Alta; defunción.

7.

RESULTADOS

Objetivo N° 1: Características epidemiológicas de los pacientes en estudio.

TABLA N° 1.1

INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES, SEGÚN EL SEXO POR AÑO.

SEXO	AÑOS							
	2008		2009		2010		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Femenino	9	20	18	40	18	40	45	65
Masculino	8	33	7	29	9	38	24	35
TOTAL	17	25	25	36	27	39	69	100

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Regional Isidro Ayora.

Autora: Maida Lucía Tituana Salinas.

En el periodo de estudio hubo 69 ingresos, por intento de suicidio de adolescentes de ambos sexos en el Hospital “Isidro Ayora”. Todos son procedentes del Cantón Loja, existiendo una mayor frecuencia en el sexo femenino (65%); “Pese a que el suicidio consumado es mucho más común en los jóvenes varones, son las mujeres las que cometen intentos con mayor frecuencia”²⁸.

²⁸www.taringa.net/.../Breve-apologia-del-suicida.html

TABLA N° 1. 2

INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES, SEGÚN EDAD Y SEXO

EDAD								
SEXO	10-14		15-19		20		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Femenino	7	16	32	71	6	13	45	65
Masculino	4	17	16	66	4	17	24	35
TOTAL	11	16	48	70	10	14	69	100

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Isidro Ayora.

Autora: Maida Lucía Tituana Salinas.

Ésta tabla muestra la distribución de la población estudiada, según sexo y edad. La edad en que con mayor frecuencia se producen intentos de suicidio tanto en el sexo femenino como masculino fluctúa entre los 15 y 19 años, en donde por sexo las mujeres representan el 71 % y los hombres el 66%. “El comportamiento suicida entre los jóvenes de ambos sexos es más frecuente en esta etapa, en algunos casos se extiende hasta los 25 años”.²⁹

²⁹Mineduc [base de datos en Internet]. Santiago, Chile; 2003- [actualizado el 30 de abril de 2006; acceso 13 de noviembre de 2007]. Tabla de matrícula año 2006. Disponible en: http://ded.mineduc.cl/mineduc/ded/documentos/Matricula_2008.zip

TABLA N°1.3

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS ADOLESCENTES INGRESADOS POR INTENTO DE SUICIDIO EN EL PERIODO DE ESTUDIO, DE ACUERDO AL SEXO.

ESCOLARIDAD	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Primaria C.	2	5	4	17	6	9
Primaria I.	0	0	0	0	0	0
Secundaria C.	5	11	6	25	11	16
Secundaria I.	32	71	10	41	42	61
Superior I.	6	13	4	17	10	14
TOTAL	45	65	24	35	69	100

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Isidro Ayora.

Autora: Maida Lucía Tituana Salinas.

De acuerdo al nivel de escolaridad, según éstos resultados, el intento de suicidio en adolescentes de ambos sexos es más frecuente en la etapa de la Secundaria representando un 61%. Por sexo las mujeres representan el 71% y los hombres el 41%. “Como el mayor índice de intentos de suicidio se presentó en el grupo etáreo de 15 a 19 años, se puede decir que existe una clara relación entre grupo etáreo y nivel de

escolaridad, que son dos determinantes del comportamiento de los adolescentes”³⁰.

³⁰<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/newsbydate.html> Salud mental en adolescentes. Temas de Salud. [Con acceso el 17 de Mayo del 2005]

TABLA N° 1.4**OCUPACIÓN DE LOS ADOLESCENTES INGRESADOS POR INTENTO DE SUICIDIO EN EL PERIODO DE ESTUDIO, DE ACUERDO AL SEXO.**

OCUPACIÓN	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Estudiante	39	87	17	71	56	81
Quehaceres domésticos	6	13	0	0	6	8
Carpintero	0	0	3	13	3	4
Ayudante de bus	0	0	1	4	1	2
Mecánico	0	0	1	4	1	2
Vendedor ambulante	0	0	2	8	2	3
TOTAL	45	65	24	35	69	100

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Isidro Ayora.

Autora: Maida Lucía Tituana Salinas.

Ésta tabla muestra la distribución de la población estudiada de acuerdo a su ocupación, en donde claramente podemos observar que el sector estudiantil es el más afectado, representado por el 81% de los adolescentes de ambos sexos. Por sexo las mujeres cumplen con el 87 % de los casos y los hombres con el 71% de los casos. “Se considera a los estudiantes como más proclives para desarrollar conductas suicidas debido a la enorme presión por triunfar, a la

competencia, a miedo a los fracasos escolares, a las malas relaciones con los Maestros, a la influencia de amistades y entre otras causas”.³¹

³¹Web: www.psicologiaparatodos.com/archivotemas.asp?list=false&articleid=138

TABLA N° 1.5

ESTADO CIVIL DE LOS ADOLESCENTES INGRESADOS POR INTENTO DE SUICIDIO DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO DE ACUERDO AL SEXO.

SEXO	ESTADO CIVIL							
	Soltero/a		Casado/a		Unión Libre		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Femenino	41	91	1	2	3	3	45	65
Masculino	21	88	2	8	1	4	24	35
TOTAL	62	90	3	4	4	6	69	100

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Isidro Ayora.

Autora: Maida Lucía Tituana Salinas

Según el Estado Civil, de la población estudiada, la mayoría de los adolescentes tanto de sexo femenino como masculino son solteros (90%). Por sexo las mujeres representan el 91% y los hombres el 88%. “Esto se debe a que los adolescentes aún no desarrollan su madurez emocional, ni su grado de responsabilidad es el óptimo para formar un hogar y enfrentarse a un nuevo rol, mientras que otros se plantean metas y no dan paso a otras actividades hasta no cumplirlas”³².

³²Instituto Nacional de la Juventud (www.inj.cl)

TABLA N°1.6

**EXISTENCIA DE HIJOS, DE LOS ADOLESCENTES INGRESADOS
POR INTENTO DE SUICIDIO DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO
DE ACUERDO AL SEXO.**

SEXO	EXISTENCIA DE HIJOS					
	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Femenino	7	16	38	84	45	65
Masculino	1	4	23	96	24	35
TOTAL	8	12	61	88	69	100

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Isidro Ayora.

Autora: Maida Lucía Tituana Salinas

El 88% de los adolescentes de ambos sexos no tienen hijos, mientras que el 12% si tienen hijos. Por sexo el 16 % de las mujeres son madres de familia y el 4% de los varones son padres de familia. “La existencia de hijos representa un impacto de considerable magnitud en la vida de los jóvenes en la de sus hijos, en su salud, en la familia, el ambiente y la comunidad en su conjunto, pues el hecho de convertirse en madre o padre de familia a temprana edad sin el apoyo familiar pone al adolescente en una situación psicológica compleja y

difícil y es fácilmente considerado como un factor suicidógeno circunstancial”³³.

³³Pérez Martínez V, Lorenzo Parra Z. Repercusión familiar del comportamiento suicida. Rev Cubana Med Gen Integr 2004;20(5-6) [publicación en línea] Disponible en Internet en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5_04/mgi015-604.htm [Con acceso el 25 de Julio del 2005]

TABLA N° 1.7

MESES DEL AÑO EN LOS QUE CON MAYOR FRECUENCIA SE HA PRODUCIDO INTENTO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO (2008/2010).

MESES	AÑOS							
	2008		2009		2010		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Enero	4	50	3	37	1	13	8	12
Febrero	0	0	2	67	1	33	3	4
Marzo	2	24	3	38	3	38	8	12
Abril	2	29	3	42	2	29	7	10
Mayo	2	18	7	64	2	18	11	16
Junio	1	50	1	50	0	0	2	3
Julio	2	50	1	25	1	25	4	6
Agosto	2	20	2	20	6	60	10	15
Septiembre	1	33	0	0	2	67	3	4
Octubre	0	0	0	0	5	100	5	7
Noviembre	1	33	0	0	2	67	3	4
Diciembre	0	0	3	60	2	40	5	7
TOTAL	17	25	25	36	27	39	69	100

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Isidro Ayora.

Autora: Maida Lucía Tituana Salinas

El intento de suicidio en los adolescentes, durante el periodo de estudio, se ha producido con mayor frecuencia en el mes de Mayo, con un total del 16% de los casos estudiados, seguido por el mes de Agosto con un 15% de los casos; produciéndose en igual proporción en los meses de Enero (12%) y Febrero (12%). “Sin embargo en algunas ocasiones se considera al mes de Diciembre como el más crítico para desarrollar conductas suicidas, debido a las fechas especiales que existen dentro del mismo como la época navideña y fin de año en donde muchas personas tienden a deprimirse porque sus familiares se encuentran lejos, porque han terminado una relación amorosa o por otras causas”³⁴.

³⁴TRENZADO RODRÍGUEZ N, Parras Trenzado E, Feliu López T. Suicidio, cuarta causa de muerte en Cárdenas [publicación en línea] Disponible en Internet en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?Ing=es> [Con acceso el 11 de Mayo del 2005]

TABLA N° 1.8

**HORAS EN LAS QUE CON MAYOR FRECUENCIA LOS
ADOLESCENTES HAN INTENTADO SUICIDARSE DURANTE EL
PERIODO DE ESTUDIO.**

HORA	AÑO							
	2008		2009		2010		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
00:00 – 6am	1	33	2	67	0	0	3	4
6:00 – 12:00	3	18	6	35	8	47	17	25
12:00 – 18:00	6	20	12	40	12	40	30	43
18:00 – 24: 00	7	37	5	26	7	37	19	28
TOTAL	17	25	25	36	27	39	69	100

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Isidro Ayora.

Autora: Maida Lucía Tituana Salinas

Madrugada: 00:00- 6am.

Mañana: 6:00- 12:00

Tarde: 12:00- 18:00

Noche: 18:00- 24:00

Según éstos resultados, los adolescentes de nuestro medio cometen más suicidios en las horas de la tarde (43%), en la noche (28%) y en la mañana el 25%, mientras que en la madrugada el 4%. “Debido a que solamente las personas que quieren consumar el suicidio, deciden hacerlo en horas de la madrugada para no ser vistos por nadie y

acabar con su vida sin que acudan a salvarlos, en cambio aquellas cuyas finalidades es: llamar la atención, evitar situaciones negativas, modificar situaciones familiares o asustar a otros, lo hacen en horarios en donde fácilmente pueden ser detectados por sus familiares, amigos o vecinos y los lleven a las unidades de salud más cercanas para salvar su vida”³⁵.

³⁵CHACON MIRANDA M, VARGAS FAJARDO E, MESA LAURENTE E. Análisis comparativo de la conducta suicida en un área de salud. Rev cubana Enfermer 2001;17(1):51-5 [publicación en línea] Disponible en Internet en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol17_1_01/enf08101.htm [Con acceso el 25 de Julio del 2005]

TABLA N° 1.9

LUGAR EN DONDE INTENTARON SUICIDARSE LOS ADOLESCENTES POR AÑO DE ESTUDIO:

LUGAR	AÑO							
	2008		2009		2010		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
En la casa.	13	25	16	32	22	43	51	74
Calle	2	18	8	73	1	9	11	16
Colegio	0	0	1	50	1	50	2	3
En el trabajo	2	100	0	0	0	0	2	3
No reporta lugar	0	0	0	0	3	100	3	4
TOTAL	17	25	25	36	27	39	69	100

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Isidro Ayora.

Autora: Maida Lucía Tituana Salinas.

El 74% de los casos estudiados tuvo lugar en su propio domicilio; el 16% atentó contra su vida en la calle, el 3% tuvo lugar en el Colegio y en el trabajo otro 3%. “En los casos de intento de suicidio intencional, la mayoría de adolescentes que lo cometen, lo planean previamente, deciden, cuando, como, dónde y con qué hacerlo”³⁶. Pues en éste caso los lugares que fueron elegidos por la mayoría de adolescentes, dentro de la propia casa, fueron el dormitorio y el baño.

³⁶VALDEZ VENTO AC, MONTANO DÍAZ MA. Mortalidad por suicidio en la provincia de Pinar del Río. Rev Cubana Med Gen Integr 2003;19(1) [publicación en línea] Disponible en Internet en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_1_03/mgi02103.htm [Con acceso el 25 de Julio del 2005]

Objetivo N° 2: Causas que determinaron los intentos de suicidio en los adolescentes atendidos en el periodo de estudio.

TABLA N° 2.1

CAUSAS DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO DE LOS ADOLESCENTES INGRESADOS EN EL HRIA, PERIODO 2008/2010.(FACTORES SOCIALES)

FACTORES SOCIALES	AÑOS							
	2008		2009		2010		TOTAL	
	F	%	F	%	f	%	F	%
Decepción amorosa	7	37	7	37	5	26	19	28
Bajo rendimiento escolar	2	25	4	50	2	25	8	12
Migración	1	14	3	43	3	43	7	10
Conflicto o pelea con pareja	2	34	2	33	2	33	6	9
Consumo de sustancias tóxicas	0	0	2	40	3	60	5	7
Violencia Intrafamiliar	2	50	0	0	2	50	4	6
Embarazos precoces.	1	25	1	25	2	50	4	6
Muerte de un ser querido	0	0	3	75	1	25	4	6
Trastornos mentales	1	33	2	67	0	0	3	4
Otros*	1	11	1	11	7	78	9	13
Total	17	25	25	36	27	39	69	100

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Isidro Ayora

Autora: Maida Lucía Tituana Salinas.

Los principales factores sociales desencadenantes de la depresión reactiva y por ende de intento de suicidio de los adolescentes, comunes en nuestro medio, son las decepciones amorosas (28%), bajo rendimiento escolar (12%), la migración (10%), y finalmente otras causas (13%). “Sin embargo, los embarazos precoces también se consideran como una de las principales causas de atentar contra la vida en el caso de las mujeres, no obstante en estos resultados existe un leve porcentaje por ésta causa pese a que la mayoría de la población estudiada corresponde al sexo femenino”³⁷.

³⁷. HERRERA SANTÍ PM, AVILES BETANCOURT K. Factores familiares de riesgo en el Intento Suicida. Rev cubana Med gen Integr 2000;16(2):134-7 [publicación en línea] Disponible en Internet en: : http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_2_00/mgi05200.htm [Con acceso el 25 de Julio del 2005]

TABLA N° 2.2

FACTORES BIOPSIOLÓGICOS QUE INFLUYERON EN EL COMPORTAMIENTO SUICIDA DE LOS ADOLESCENTES.

FACTORES BIOPSIOLÓGICOS	AÑOS							
	2008		2009		2010		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Depresión.	13	32	14	34	14	34	41	59
Baja autoestima.	1	10	4	40	5	50	10	14
Ansiedad.	0	0	3	60	2	40	5	7
Trastorno depresivo crónico + estado anímico disminuido	1	25	2	50	1	25	4	6
Estrés.	1	50	1	50	0	0	2	3
Problema emocional.	1	50	0	0	1	50	2	3
Crisis convulsivas crónicas + depresión.	0	0	1	100	0	0	1	2
Depresión alcohólica.	0	0	0	0	1	100	1	2
Otros*	0	0	0	0	3	100	3	4
TOTAL	17	25	25	36	27	39	69	100

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Isidro Ayora

Autora: Maida Lucía Tituana Salinas.

Otros*: Psicosis, trastorno de personalidad, síndrome confusional.

La depresión es el factor biopsicológico más representativo que ha conllevado a los adolescentes de nuestro medio a cometer intento de suicidio, representado por el 59% de los casos según estos resultados. Seguido por el nivel bajo de autoestima que representa el 14% de los casos estudiados. “La depresión en los adolescentes es producida por varias causas como por ejemplo, la soledad, la falta de amigos, la separación de los padres o las discusiones con el enamorado/a, que incrementan la posibilidad de cometer intentos de suicidio en los adolescentes, pero no todos los adolescentes que se han suicidado o han intentado suicidarse han estado deprimidos y no todos los deprimidos se suicidan”³⁸.

³⁸ TRILLO SALLÓN E, RUBIO ARONDA E, CASTAÑO LASSOSA F, RUBIO CALVO E. Depresión en atención primaria: ¿Cuál es su gasto farmacéutico? Atención primaria. 2005;35(3):165 [publicación en línea] Disponible en Internet en: <http://www.semfyec.es/> .Con acceso el 14 de Mayo del 2005.

TABLA N° 2.3**FACTORES ECONÓMICOS QUE INFLUYERON EN EL
COMPORTAMIENTO SUICIDA DE LOS ADOLESCENTES**

FACTOR ECONÓMICO	AÑOS							
	2008		2009		2010		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Bajos recursos económicos	6	18	12	36	15	46	33	48
No reporta condición económica	7	37	9	47	3	16	19	28
Desempleo	3	30	2	20	5	50	10	14
Deudas	1	14	2	29	4	57	7	10
TOTAL	17	25	25	36	27	39	69	100

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Isidro Ayora

Autora: Maida Lucía Tituana Salinas.

Los bajos recursos económicos que en este caso representan el (48%), es uno de los principales factores estresantes en la vida de los adolescentes, “pues limitan la participación social y activa de los mismos, volviéndolos cada vez más incompetivos, además la OMS señala que existe una clara y directa relación entre el desempleo e intento de suicidio, así: La población desempleada tiene peor salud mental en comparación con la población activa; En función de la edad, la franja que va de los 30 a los 50 años los desempleados presentan

mayor deterioro de salud mental; En función de la duración del desempleo, es en los primeros meses cuando aumenta de forma progresiva el deterioro emocional. Lo que significa, que los intentos de suicidio, aunque no son propios de la clase pobre, pero si se producen con mayor frecuencia en estas familias, debido a las capacidades limitadas para competir en éste acelerado ritmo cotidiano producto del incremento de políticas globalizadoras³⁹.

³⁹PÉREZ MARTÍNEZ VT, LORENZO PARRA Z. Comportamiento del sistema de redes de apoyo social en familias que sufren la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr 2004;20(5-6) [publicación en línea] Disponible en Internet en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5_04/mgi045-604.htm [Con acceso el 25 de Julio del 2005.

Objetivo N° 3: Circunstancias asociadas y método utilizado en los adolescentes atendidos.

TABLA N° 3.1

CIRCUNSTANCIAS ASOCIADAS QUE INFLUYERON EN EL COMPORTAMIENTO SUICIDA DE LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS POR SEXO.

CIRCUNSTANCIA	SEXO					
	Femenino		Masculino		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Conflictos familiares.	9	20	6	25	15	22
Hogares uniparentales por migración	7	16	3	12	10	14
Malas relaciones con Maestros	4	9	4	17	8	12
Hijos no reconocidos	2	4	5	21	7	10
Soledad	5	11	2	8	7	10
Padre alcohólico	4	9	0	0	4	6
Madre o padre soltera/o	3	7	0	0	3	4
Temor a ser rechazado	2	4	0	0	2	3
Enfermedad crónica	1	2	0	0	1	1
Influencia de amistades.	1	2	0	0	1	1
No reporta circunstancia	7	16	4	17	11	17
TOTAL	45	65	24	35	69	100

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Isidro Ayora

Autora: Maida Lucía Tituana Salinas.

De las circunstancias asociadas que contribuyeron al comportamiento suicida de los adolescentes, los conflictos familiares son los más significativos, representando el 22% del total de la población estudiada, en donde por sexo las mujeres representan el 20% y los hombres el 25%. Así mismo los hogares uniparentales por la migración ocupan un lugar importante dentro de éstas circunstancias representando el 14% del total de la población, también la mala relación con los Maestros es una circunstancia que ocupa el 12% de la población estudiada, siendo éstas las tres principales que han aportado al debilitamiento de la conducta en los adolescentes; y en menor proporción, la influencia de amistades (1%).

TABLA N° 3.2

SUSTANCIAS UTILIZADAS PARA EL INTENTO DE SUICIDIO

SUSTANCIA	AÑOS							
	2008		2009		2010		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	f	%
I. Órgano Fosforado	12	36	11	32	11	32	34	49
I. Carbomatos	4	25	7	44	5	31	16	23
I. Medicamentos*	0	0	6	55	5	45	11	16
I.Cáusticos	0	0	1	50	1	50	2	3
I.Alcohol + fármacos	0	0	0	0	2	100	2	3
I. Piretroides	1	50	0	0	1	50	2	3
I. Alucinógenos (cocaína)	0	0	0	0	1	100	1	2
I.Hidrocarburos (gasolina)	0	0	0	0	1	100	1	1
TOTAL	17	25	25	36	27	39	69	100

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Isidro Ayora.

Autora: Maida Lucía Tituana Salinas

***Medicamentos:** Carbamazepina, Diazepán, Clonazepán Zopiclona, Bromocriptina, , Aspirina, Tryptanol, medicamento desconocido.

De todos los métodos conocidos para poner término a la vida, como son la Intoxicación a través de la ingestión de fármacos o sustancias venenosas o tóxicas, el uso de armas de fuego, el estrangulamiento, oinmersión (lagos), etc. El primero (Intoxicación) es el único método empleado por toda la población estudiada. Los órganos fosforados (49%) y carbomatos (23%), fueron las sustancias más frecuentemente

utilizadas para intentar poner término a la vida, como el mayor porcentaje de intentos de suicidio se encuentra en el sexo femenino es lógico que se utilicen métodos menos violentos, “pues a diferencia de las mujeres, los varones prefieren métodos violentos y rápidos como armas de fuego, estrangulamiento”⁴⁰, etc. La mayoría de los intentos de suicidio (90%) no presentaba criterios de gravedad por lo que ingresaron al área de Medicina General, y el (10%) requirió hospitalización en UCI, existiendo 1 defunción por el intento.

⁴⁰. <http://www.aacap.org/index.htm> El suicidio en los adolescentes American academy of child Adolescent

OBJETIVO N° 4.- Diagnóstico y manejo clínico de los adolescentes atendidos por el personal de salud.

TABLA N° 4.1

MANEJO CLÍNICO DE LOS ADOLESCENTES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN, POR AÑO.

MANEJO CLÍNICO	AÑOS							
	2008		2009		2010		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Tratamiento médico-quirúrgico no psicoterapéutico.	0	0	0	0	0	0	0	0
Tratamiento médico Psicoterapéutico.	16	24	24	36	27	40	67	97
Tratamiento psicoterapéutico + intervención de la DINAPEN.	1	50	1	50	0	0	2	3
TOTAL	17	25	25	36	27	39	69	100

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Isidro Ayora.

Autora: Maida Lucía Tituana Salinas.

Todos los adolescentes ingresados por intento de suicidio recibieron Tratamiento médico Psicoterapéutico (97%), y en dos menores que representan el 3% de la población estudiada intervino la DINAPEN, además se realizaron psicoterapias de apoyo, y psicoterapias familiares por Psicología Clínica.

TABLA N° 4.2

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO DE LOS INGRESOS POR INTENTO DE SUICIDIO POR AÑO.

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO	AÑOS							
	2008		2009		2010		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Depresión Reactiva.	14	32	18	41	12	27	44	64
Depresión más abuso de sustancias tóxicas.	2	12	5	29	10	59	17	25
Trastorno depresivo crónico.	1	33	2	67	0	0	3	4
Ansiedad.	0	0	0	0	3	100	3	4
Síndrome Confusional.	0	0	0	0	1	100	1	2
Trastorno de personalidad.	0	0	0	0	1	100	1	1
TOTAL	17	25	25	36	27	39	69	100

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Isidro Ayora.

Autora: Maida Lucía Tituana Salinas.

Todos los ingresos por intento de suicidio fueron evaluados por Psiquiatría, estableciéndose como diagnóstico más frecuente en los adolescentes, la depresión reactiva (64%), aunado al abuso de sustancias tóxicas (25%), la depresión es uno de los trastornos mentales más comunes para conductas suicidas. El 4% de los casos estudiados tenían un diagnóstico de patología de salud mental (Trastorno depresivo crónico) previo a ésta hospitalización y todos

recibían tratamiento Psicológico, y en el 7% de los casos se presentaron intentos previos.

TABLA N° 4.3

CONDICIÓN AL EGRESO DE LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS, POR AÑO.

CONDICIÓN	AÑOS							
	2008		2009		2010		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Alta por orden médica.	17	26	25	37	25	37	67	98
Alta a petición familiar.	0	0	0	0	1	100	1	1
Defunción.	0	0	0	0	1	100	1	1
TOTAL	17	25	25	36	27	39	69	100

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Isidro Ayora.

Autora: Maida Lucía Tituana Salinas

El 98% de los adolescentes ingresados, fueron dados de alta por orden médica con buen pronóstico, mientras que el 1% fue dado de alta a petición familiar para ser trasladado a otra casa de salud, con pronóstico incierto y existió un suicidio consumado que representa el 1% de la población estudiada.

CHARLAS EDUCATIVAS DIRIJIDAS AL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO “BEATRIZ CUEVA DE AYORA”



Para cumplir con el objetivo número cuatro se realizó una Charla educativa, sobre el Intento de suicidio en adolescentes, explicando la definición de intento de suicidio, las causas, los métodos utilizados, los factores de riesgo y su prevención.

Esta charla fue dirigida a las Estudiantes de Quinto Químico Biológicas del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora.” La misma que se desarrolló el día 15 de junio del 2011 a partir de las 8 horas con una duración de 2 horas, cabe destacar que más adelante y como anexo se detalla con mayor profundidad el cumplimiento de éste objetivo.

8. DISCUSIÓN:

Según la OMS, el suicidio se ha convertido en la tercera causa de muerte entre los adolescentes de todo el mundo, pues señala que las tasas más altas de suicidio se observan en Europa del Este (Bielorusia, Estonia, Rusia Hungría, Finlandia y Lituania), es el llamado cinturón suicida. En Europa cada año mueren cincuenta y ocho mil personas por suicidio, siendo la segunda causa más común de muerte entre los 15 a 44 años.

En el presente estudio investigativo, se demuestra que de acuerdo al sexo las mujeres ocupan el primer lugar, representando el 65% de los casos de toda la población estudiada. Esto coincide con un estudio reciente realizado en Cali en donde, “según las estadísticas de la Secretaría de Salud, la mayoría de las personas que intentan quitarse la vida en Cali pertenecen al sexo femenino. En efecto, de los 162 casos detectados por la Secretaría, el 73% involucran a mujeres, mientras que sólo el 27% fueron de hombres”⁴¹.

⁴¹. DURÁ TRAVE T, MAULEÓN RASQUIL C, GURPIDE AYURRA N. Valoración del estado nutricional de una población adolescente (10-14 años) en atención primaria. Estudio evolutivo (1994-2000) Atención Primaria 2001;28(9):590-594 [publicación en línea] Disponible en Internet en: <http://www.semfyec.es/>

De acuerdo a la edad, se demostró que el grupo etáreo con mayor índice de intento de suicidio fluctúa entre los 15 y 19 años. Estos datos son similares a los obtenidos en un estudio realizado en Brasil en donde se demostró que la tasa de suicidios entre personas de 15 años en adelante extendiéndose hasta los 24 años alcanzó en los últimos tiempos una tasa de cinco por 100.000 habitantes.

Según el nivel de Escolaridad en nuestro medio el intento de suicidio en adolescentes de ambos sexos es más frecuente en la etapa de la secundaria, representando el 61% de la población estudiada por lo que el 81% son estudiantes. “En estudios realizados en Colombia, indicaron que el suicidio corresponde a la cuarta causa de muerte en jóvenes estudiantes entre 12, 15 y 18 años; 57 de cada 1.000 colombianos intentan suicidarse durante su vida y que entre 10% y 15% culminan en suicidio, así mismo demostraron que el 58% de los adolescentes que intentaban suicidarse eran estudiantes de secundaria”⁴².

De acuerdo al estado civil, en éste estudio se demostró que el 90% de los adolescentes estudiados son solteros y solamente el 8% tenían hijos, Pues esto coincide con un estudio epidemiológico sobre intento

⁴²<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encyclopedia.html> Comportamiento suicida. Enciclopedia. Medline Plus.

de suicidio en adolescentes realizado en Argentina en donde de 72 casos estudiados el 97 % eran solteros y solamente el 2% tenía hijos.

De acuerdo al Mes en que con mayor frecuencia se han producido intentos de suicidio durante el periodo de estudio, es el mes de mayo con el 16% de los casos más frecuentes en las horas de la tarde. Mientras que en un estudio realizado en la Ciudad de Cuenca en el Hospital “Vicente Corral Moscoso” hubo mayor índice de suicidios en el mes de Diciembre en donde se produjeron 21.6 intentos al mes con mayor frecuencia en horas de la noche.

De acuerdo al lugar del intento de suicidio se pudo constatar que la mayoría de los intentos tuvo lugar en su propio domicilio representado por el 74 % de la población estudiada. “Estos datos coinciden con los obtenidos en un estudio realizado en Managua en donde se estudió a 46 adolescentes, de los cuales el 60.9% intentó suicidarse en su propia casa”⁴³.

De acuerdo a los factores asociados causantes de intento de suicidio, de mayor predominio en nuestro medio son:

factores sociales: las decepciones amorosas, el bajo rendimiento escolar, la migración, conflictos de pareja, el abuso de sustancias

⁴³<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encyclopedia.html> Comportamiento suicida. Enciclopedia. Medline Plus.

tóxicas, la violencia intrafamiliar, los embarazos no deseados, la muerte de seres queridos y los trastornos mentales.

Factores biopsicológicos: Depresión, baja autoestima, ansiedad, trastorno depresivo crónico, estrés, los problemas emocionales, las crisis convulsivas crónicas y la depresión alcohólica.

Factores económicos: Así mismo el 33% de los casos estudiados son de bajos recursos económicos, a ello se suma el desempleo que según reportes de la OMS, existe una clara y directa relación entre éste fenómeno y el incremento del suicidio.

Mientras que en un estudio realizado en la ciudad de Cuenca en el Hospital Vicente Corral Moscoso se determinó que los factores causantes son múltiples como: abandonos, pérdidas de seres queridos, problemas de alcohol en las familias, drogadicción, violencia familiar, trastornos mentales, depresión, problemas laborales, bajos recursos económicos, entre otras causas.

De acuerdo a las circunstancias asociadas en este estudio se obtuvo a los conflictos familiares como los principales causantes (22%) y método utilizado por el 100% de la población estudiada es la intoxicación. Mientras que en el mismo estudio realizado en Cuenca

según la psicóloga Betsabé Roldán, “señala como principales causantes a los hogares uniparentales por migración (52%), donde los chicos quedan al cuidado de vecinos y en otros casos en total abandono⁴⁴”.

La mayor parte de personas intentan quitarse la vida ahorcándose, se cortan las venas, ingieren fósforo blanco, líquidos limpiadores de piso, cloro, entre otras sustancias.

De acuerdo al manejo clínico de los pacientes durante la hospitalización, se pudo demostrar que el 97% recibieron tratamiento médico Psicoterapéutico y que la mayoría recibieron psicoterapias de apoyo. Estos resultados coinciden con los obtenidos en un estudio realizado en Managua a 46 adolescentes de los cuales el 89.1% recibió tratamiento médico psicoterapéutico durante la hospitalización.

Según el Diagnóstico Psiquiátrico, la Depresión Reactiva fue el más predominante con el 64% de los casos; el 98% fueron dados de alta por orden médica con buen pronóstico. Estos resultados coinciden con los obtenidos en un estudio realizado en Managua a 46 adolescentes de los cuales el 41.3% correspondió a la depresión en cualquiera de

⁴⁴www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a11v23n4.pdf -

sus presentaciones, y así mismo el 67.4% fueron daos de alta por orden médica con buen pronóstico.

9. CONCLUSIONES:

En el presente trabajo investigativo se ha determinado las principales causas de intento de suicidio en adolescentes del cantón Loja área urbana, periodo 2008/2010, ingresados en el Hospital Isidro Ayora, causas que están conformadas por los factores sociales, biopsicológicos y económicos que influyeron en el comportamiento suicida de los adolescentes

- Se concluyó que el grupo etáreo más significativo entre adolescentes que realizaron el intento suicida es el de 15- 19 años con un 70% de los casos. El año con mayor predominio es el 2010 con un 39%. Por sexo, el femenino es el más representativo con el 65% de los casos, produciéndose en igual proporción en los años 2009-2010. Todos son procedentes del cantón Loja. De acuerdo al nivel de Escolaridad el más representativo es el de Secundaria incompleta (61%), por lo que el 81% de los adolescentes son Estudiantes.
- Las decepciones amorosas son el factor social que con mayor frecuencia ha ocasionado intentos de suicidio en adolescentes, representando el 28% de casos por ésta causa. Así mismo la depresión (59%) y el nivel bajo de autoestima (14%) son los factores biopsicológicos que con mayor frecuencia han

generado intentos de suicidio. La mayoría de la población estudiada son de bajos recursos económicos (48%).

- Los conflictos familiares que representan el 22% de la población estudiada y los hogares uniparentales por migración (14%) son las circunstancias asociadas que con mayor frecuencia contribuyeron al comportamiento suicida en los adolescentes.
- La intoxicación es el único método empleado por el 100% de la población estudiada y los órganos fosforados (49%) y carbón (23%) son las sustancias más empleadas en los intentos.
- De acuerdo a las evaluaciones Psiquiátricas, al 64% de los adolescentes, se les diagnosticó Depresión Reactiva y el 97% recibieron Tratamiento médico psicoterapéutico.

10. RECOMENDACIONES:

En base a la Investigación realizada y de acuerdo a los resultados obtenidos, creo pertinente hacer las siguientes recomendaciones:

- Al personal de Salud, que se realicen campañas de sensibilización con padres, jóvenes y maestros, insistiendo en la importancia de fomentar el diálogo, el respeto y la tolerancia como el mejor antídoto para prevenir este tipo de conductas que tanto afecta a los jóvenes y para evitar que las cifras de intentos de suicidio se incrementen.
- Al Hospital Isidro Ayora, que se profundice en el estudio de éstos casos clínicos, dándole seguimiento a los adolescentes que han realizado intentos suicidas.
- A la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, que extienda la realización de estudios investigativos en otras unidades de salud ya sea públicas o privadas de nuestro cantón a cerca del comportamiento suicida en adolescentes para determinar las principales causas que conllevaron al intento.
- A las Instituciones educativas de nuestro Cantón, ya sea Escuelas, Colegios y Universidades, que procuren al máximo la fomentación de valores, empezando por el respeto a la vida ya que es única y hay que cuidarla.

11. BIBLIOGRAFÍA:

1. VANPELT.N, "Cómo formar hijos vencedores", tercera edición, Argentina, Editora sud americana 2008.p.p.40-43-
2. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001554.htm>
3. El suicidio de los adolescentes <http://www.unam.mx/rompan/24/>
4. www.psiquiatria.com
5. MARTÍNEZ. J. "Manual de adolescencia y sexualidad" Tomo II. España, Editora ESPASA 2008, pág. 655-690.
6. SUEDERALD. D, Sue Stanley Comportamiento anormal, 4ª Edición, Mc Graw Hill, 1996, pág. 382-389.
7. JIMÉNEZ. I. Análisis del suicidio a través de la autopsia psicológica. Rev. De psiquiatría. 1998, pág. 197-206.
8. TORO.RJ / YÉPEZ L.E. Psiquiatría. Fundamentos de medicina, tercera edición, pág.131-145.
9. www.Vida y Salud Mental.com
10. www.psicologia-online.com/.../9/conducta3.shtmlwww.who.int/mediacentre/news/.../es/index.html
11. RODRÍGUEZ. P./ GALBANY D. "Psicología Juvenil" tercera edición, Barcelona-España, Ediciones Hymosa 2007.pág.30-34.

12. MESA JP. El suicidio en la vejez. En: Buendía J. ed. Envejecimiento y psicología de la salud. Madrid: Siglo XXI; 1999. pág. 299-311
13. VALLEJO NÁJERA J. A. "Salud pública", México 2007, vol 40 No. 5 pág. 430-437.
14. ARLAES NÁPOLES. L. /HERNÁNDEZ SORÍ G. Conducta suicida factores de riesgo asociados. Rev. Cubana Med.Integra 1998,14(2):122-6
15. REYES. W. /. ALONSO A. Factores Epidemiológicos y Psicosociales que inciden en los intentos suicidas. Rev. Cubana Med: Gen Integra 2001; pag.155-63.
16. SERFATY. ET. Depresión y factores de riesgo en varones mayores de 18 años. Publicación Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 1992
17. www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a11v23n4.pdf
www.who.int/mediacentre/news/.../es/index.html
18. Disponible en URL: wwwsicologiapopular.com/adolescente.htm. Depresión en la adolescencia. (Revisado 11/03/2011).
19. HARRISON. Medicina Interna. Volumen II. Principios Generales del Tratamiento de los Trastornos del Estado de Ánimo, pág. 159-165.

- 20.** DESJARLAIS. R. Salud Mental en el Mundo (OPS 1997)
Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos; Suicidio,
pág. 95-126
- 21.** Sitio.Web <http://www.psi.uba.ar/investigaciones/secretaria/articulos/suicidio.htm>
- 22.** DIEKSTRA.R. Suicide and attempted suicide, an international perspective. Acta Psych Scan.1989;80:1-24
- 23.** DIESTE SÁNCHEZ. W./ ÁLVAREZ GONZÁLEZ I., CARRILLO SALOMÓN R. Evaluación de la competencia y el desempeño. Programa de prevención de la conducta suicida en Cuba. Municipio Boyeros, 1995. Rev. Cubana Med Gen Integra 1998; pág.149-55
- 24.** MARTÍNEZ. J “Manual de prevención de trastornos mentales” tomo I, España, Editora ESPASA 2008.pág. 656-661.
- 25.** Organización Mundial de la Salud-OMS.Proyecciones para el 2010 en Salud Mental.Presentado en el Congreso Internacional de Epidemiología Psiquiátrica. En Sgo.de Compostela,España, 1996.
- 26.** LAFETE. LA. Comportamiento del suicido en Ciudad de la Habana. intervención de enfermería en la atención primaria de salud. Rev. Cubana Enfermería 2000;16 (2):78-87
- 27.** Antología para el curso de psicología, Universidad de Guadalajara, SEMS, Escuela preparatoria No. 10, México, Febrero de 2000, p.p

131.132.http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country-reports/en/index.html

28. www.taringa.net/.../Breve-apologia-del-suicida.htm.

29. Mineduc [base de datos en Internet]. Santiago, Chile; 2003- [actualizado el 30 de abril de 2006; acceso 13 de noviembre de 2007].

Tabla de matrícula año 2006. Disponible en: http://ded.mineduc.cl/mineduc/ded/documentos/Matricula_2008.zip

30. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/newsbydate.html> Salud mental en adolescentes. Temas de Salud. [Con acceso el 17 de Mayo del 2005]

31. www.psicologiaparatodos.com/archivotemas.asp?list=false&articleid=138

32. Instituto Nacional de la Juventud (www.inj.cl)

33. Pérez Martínez V, Lorenzo Parra Z. Repercusión familiar del comportamiento suicida. Rev Cubana Med Gen Integr 2004;20(5-6) [publicación en línea] Disponible en Internet en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5_04/mgi015-604.htm.

34. TRENZADO RODRÍGUEZ N, Parras Trenzado E, Feliu López T. Suicidio, cuarta causa de muerte en Cárdenas [publicación en línea] Disponible en Internet en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>

35. CHACON MIRANDA M, VARGAS FAJARDO E, MESA LAURENTE E. Análisis comparativo de la conducta suicida en un área de salud.

Rev cubana Enfermer 2001;17(1):51-5, Disponible en Internet en:
http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol17_1_01/enf08101.htm.

36. VALDEZ VENTO AC, MONTANO DÍAZ MA. Mortalidad por suicidio en la provincia de Pinar del Río. Rev Cubana Med Gen Integr 2003;19(1) [publicación en línea] Disponible en Internet en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_1_03/mgi02103.htm [Con acceso el 25 de Julio del 2005]

37. HERRERA SANTÍ PM, AVILES BETANCOURT K. Factores familiares de riesgo en el Intento Suicida. Rev cubana Med gen Integr 2000;16(2):134-7 [publicación en línea] Disponible en Internet en: : http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_2_00/mgi05200.htm [Con acceso el 25 de Julio del 2005]

38. TRILLO SALLÓN E, RUBIO ARONDA E, CASTAÑO LASSOSA F, RUBIO CALVO E. Depresión en atención primaria: ¿Cuál es su gasto farmacéutico? Atención primaria. 2005;35(3):165 [publicación en línea] Disponible en Internet en: <http://www.semfyc.es/> .Con acceso el 14 de Mayo del 2005.

39. PÉREZ MARTÍNEZ VT, LORENZO PARRA Z. Comportamiento del sistema de redes de apoyo social en familias que sufren la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr 2004;20(5-6). Disponible en Internet en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5_04/mgi045-604.htm [Con acceso el 25 de Julio del 2005]

40. <http://www.aacap.org/index.htm> El suicidio en los adolescentes American academy of child Adolescente.

41. DURÁ TRAVE T, MAULEÓN RASQUIL C, GURPIDE AYURRA N. Valoración del estado nutricional de una población adolescente (10-14 años) en atención primaria. Estudio evolutivo (1994-2000) Atención Primaria 2001;28(9):590-594 [publicación en línea] Disponible en Internet en: <http://www.semfyec.es/>

42. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encyclopedia.html> Comportamiento suicida. Enciclopedia. Medline Plus.

43. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encyclopedia.html> Comportamiento suicida. Enciclopedia. Medline Plus.

44. www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a11v23n4.pdf -

INTERNET:

- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/00.htm>
- El suicidio de los adolescentes <http://www.unam.mx/rompan/24/>
- www.psiquiatria.com
- www.Vida y Salud Mental.com
- www.psicologia-online.com/.../9/conducta3.shtml
- www.who.int/mediacentre/news/.../es/index.html
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encyclopedia.html>
Comportamiento suicida. Enciclopedia. Medline Plus.

- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encyclopedia.html>
Comportamiento suicida. Enciclopedia. Medline Plus.
- www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a11v23n4.pdf

12.

ANEXOS

ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA- CARRERA DE ENFERMERÍA

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS ADOLESCENTES INGRESADOS AL HOSPITAL REGIONAL “ISIDRO AYORA” LOJA POR INTENTO DE SUICIDIO EN EL PERIODO 2008/2010.

Objetivo No 1: Características Epidemiológicas de los adolescentes en estudio.

- Edad.....
- Sexo.....
- Procedencia.....
- Escolaridad.....
- Ocupación.....
- Estado civil.....
- Existencia de hijos.....
- Fecha del intento.....
- Hora del intento.....
- Lugar donde ocurrió el intento.....

Objetivo No 2: Factores asociados que determinaron los intentos de suicidio en los adolescentes atendidos.

Factores sociales:

Migración-----; alcoholismo-----; violencia; -----;
desestructuración familiar-----; consumo de sustancias-----
- otros-----

Factores biopsicologicos:

Depresión-----; ansiedad-----; esquizofrenia-----
otros-----

Factores económicos:

Pobreza-----; desempleo -----; deudas-----
otros-----

Objetivo No 3: Circunstancias asociadas y el método utilizado en los adolescentes atendidos.

Circunstancias asociadas: -----

Método utilizado: Intoxicación (), estrangulamiento (), colgamiento (),
armas de fuego (), otros.....

Objetivo No 4: Manejo clínico de los adolescentes atendidos por el personal de Salud.

Tratamiento médico-quirúrgico no psicoterapéutico

Tratamiento médico Psicoterapéutico

Condición al egreso: Alta (); defunción ().

ANEXO N° 2

CHARLA EDUCATIVA:

METODOLOGÍA:

1. DATOS INFORMATIVOS:

1.1 NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Instituto Superior Tecnológico
“Beatriz Cueva de Ayora”

1.2 UBICACIÓN: Loja, área urbana.

1.3 DURACIÓN: 2 horas

1.4 FECHA: Miércoles 15 de junio del 2011.

1.5 RESPONSABLE: Srta. Maida Tituana Salinas. Egresada de la
Carrera de Enfermería.

1.6 BENEFICIARIOS: Alumnas del Colegio Beatriz Cueva de Ayora”
Segundo año de Bachillerato.

2. PROBLEMÁTICA:

Según la Organización Mundial de la Salud el de suicidio se ubica como la segunda o tercera causa de muerte en la mayoría de países del mundo, en unos solamente le superan las muertes por accidentes de tránsito, mientras que en otros países ocupa el primer lugar.

A escala global, el suicidio representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad, pero las pérdidas van mucho más allá. En la Región del Pacífico

Occidental representa el 2,5% de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades. En la mayoría de países de Europa, el número anual de suicidios supera al de víctimas de accidentes de tránsito. En el 2001 los suicidios registrados en todo el mundo superaron la cifra de muertes por homicidio (500. 000) y por guerras (230. 000).

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.

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

El suicidio es considerado un problema de salud pública. En al menos 19 provincias de nuestro país el suicidio en adolescentes, entre 10 y 19 años, se registra como la primera o segunda forma en la que fallece este grupo etéreo. En dos décadas (de 1980 a 2000) el porcentaje pasó del 2% al 6%. Mientras que entre 2000 y 2007 se registraron 1.231 casos, según el Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE). Según éstos datos registrados en el último año se presentaron, Pichincha con 291 casos y Guayas con 157, son las provincias que registran más suicidios en

adolescentes. En la Sierra central del país, Azuay registra el indicador más alto: 126 casos desde 2001 hasta 2007.

En nuestra ciudad de Loja, de acuerdo al estudio realizado en el Departamento de Estadísticas del Hospital "Isidro Ayora", correspondiente a los tres últimos años 2008, 2009, 2010, se ha presentado un elevado índice de adolescentes ingresados por intento de suicidio, de los cuales el 65% corresponde al sexo femenino y el 35% al sexo masculino cuyo principal desencadenante es la Depresión reactiva 64 % ocasionada por la decepción amorosa en un 28 %; mostrándose como un grave problema de salud pública a nivel local, nacional y mundial en el cual se tendría que extremar las medidas preventivas para evitar que más jóvenes acaben con su vida en su periodo óptimo de desarrollo.

3. JUSTIFICACIÓN:

Larazón que me impulsó a desarrollar ésta charla educativa en el Instituto Superior Tecnológico "Beatriz Cueva de Ayora" Es para cumplir con uno de los objetivos planteados al inicio de la investigación. Además he considerado importante la selección de un establecimiento femenino de nuestra ciudad debido, a que, de acuerdo a la investigación realizada, el sexo femenino es el más representativo en cuanto a intentos de suicidio se refiere (65%) y la edad de mayor predominio fluctúa entre 15 y 19 años. De la misma manera

pretendo brindar una información amplia sobre el tema investigado que genere aportes oportunos en el proceso de formación de las estudiantes.

4. OBJETIVOS:

GENERAL:

- Desarrollar una charla educativa, dirigida a las estudiantes de secundaria del Instituto Superior tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora” sobre el tema investigado.

ESPECÍFICOS:

- Informar sobre las características epidemiológicas, los factores de riesgo y las principales causas que conllevaron a los y las adolescentes de nuestra ciudad a cometer intento de suicidio.
- Aportar con alternativas de prevención frente a éste problema.

5. ESTRATEGIAS OPERATIVAS:

Charla dirigida a las alumnas del segundo año de Bachillerato especialidad químico Biológicas (80 alumnas) del ISTBCA.

6. RECURSOS:

6.1. INTELECTUAL HUMANO

Srta. Maida Tituana, Egresada de la carrera de enfermería y alumnas del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”

6.2. MATERIALES:

Libros, Revistas, documentos, trípticos.

6.3. TÉCNICOS:

Computadora, infocus.

ECONÓMICOS:

Responsable del programa.

CRONOGRAMA DE LA CHARLA:

PLANIFICACIÓN				
Fechas:	Actividades			
Viernes 11 de junio del 2011.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Solicitar autorización a la Coordinación de Enfermería para dar la Charla En el Plantel seleccionado 			
12 y 13 de junio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Selección de contenidos. ➤ Desarrollo de contenidos. ➤ Elaboración de material de apoyo. ➤ Reunión de material y equipo necesario. 			
Lunes 13 de junio del 2011	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestión con las Autoridades del Plantel Solicitando permiso para llevar a cabo la charla. 			
EJECUCIÓN				
<ul style="list-style-type: none"> • Charla educativa • Tema: Intento de suicidio en adolescentes • Responsable: Maida Tituana: Egresada de la Carrera de Enfermería. • Beneficiarias: Alumnas de Plantel • Número de alumnas: 80. 				
Miércoles 15 de junio	horas			

del 2011	8:00	➤ Preparación de material técnico (computadora e infocus) en la Sala de Audiovisuales del ISTBCA.
	8:25	➤ Ingreso de Del primer grupo de Alumnas.
	8:30	➤ Inicio de la charla educativa: <ul style="list-style-type: none"> • Saludo. • Presentación • Tema • Introducción • Información sobre el tema de estudio. • Participación de estudiantes.
	9: 25	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de tríptico • Fin de presentación del primer grupo
	9: 30	➤ Ingreso del segundo grupo de estudiantes
	9:35	➤ Inicio de la charla educativa con el segundo grupo <ul style="list-style-type: none"> • Saludo • Presentación • Tema • Introducción • Información sobre el tema de estudio. • Participación de estudiantes.
		<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de tríptico • Fin de presentación del segundo grupo



Las mujeres en cambio utilizan métodos menos violentos como:

- ✗ Ingestión de fármacos.
- ✗ Envenenamiento con raticidas, plaguicidas, etc.
- ✗ Alcohol más fármacos.

¿Cómo se puede prevenir el suicidio?

El individuo, la familia, el entorno, los especialistas y la sociedad en general juegan un papel muy importante en la prevención del suicidio.

- ⊗ Nunca debes considerarte inferior a nadie, tú posees habilidades increíbles,

desarróllalas y disfrútalas.

- ⊗ Ten confianza en ti mismo sacando experiencias positivas de tus fracasos. No te hundas en ellos.
- ⊗ Pide ayuda siempre a los que te rodean, mereces ser escuchado.
- ⊗ Acude al especialista si presentas algún problema depresivo.
- ⊗ Respeta tu integridad física y psicológica, ama lo que eres y lo que tienes, esto se llama autoestima.
- ⊗ Respeta tu vida.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
LOJA**

**ÁREA DE LA SALUD
HUMANA**

CARRERA DE ENFERMERÍA

“INTENTO DE SUICIDIO”



Se define como el acto sin resultado de la muerte en el cual un individuo deliberadamente se hace daño a sí mismo de forma intencional o autoinflingida.

Es la tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 24 años de edad, y adolescentes de 10 a 14 años, en la mayoría de países del mundo. Según el Instituto Nacional de la Salud Mental.

¿Cuáles son sus principales causas?



- ✗ Las decepciones amorosas.
- ✗ El bajo rendimiento escolar.
- ✗ La migración.
- ✗ Conflictos de pareja.
- ✗ El abuso de sustancias tóxicas.
- ✗ La violencia intrafamiliar.
- ✗ Los embarazos no deseados.

- ✗ la muerte de seres queridos.
 - ✗ y los trastornos mentales,
- ¿Quiénes se suicidan más, los hombres o las mujeres?**



Los hombres se suicidan con más frecuencia, pero las mujeres cometen más intentos de suicidio, según reportes de la OMS.

¿Cuáles son los factores de riesgo?

- ✗ Padecer uno o más trastornos mentales.
- ✗ Comportamientos impulsivos.

- ✗ Acontecimientos de la vida no deseados o pérdidas recientes (por ejemplo, el divorcio de los padres).
- ✗ Abuso de sustancias.
- ✗ Antecedentes familiares de suicidio.
- ✗ Violencia familiar, incluido el abuso físico, sexual o verbal.
- ✗ Intento de suicidio previo.
- ✗ Presencia de armas de fuego en el hogar.
- ✗ Encarcelación.

¿Qué métodos utilizan?



Los hombres utilizan métodos más violentos como: se cortan las venas estrangulamiento, armas de fuego. Etc.

ANEXO N° 3







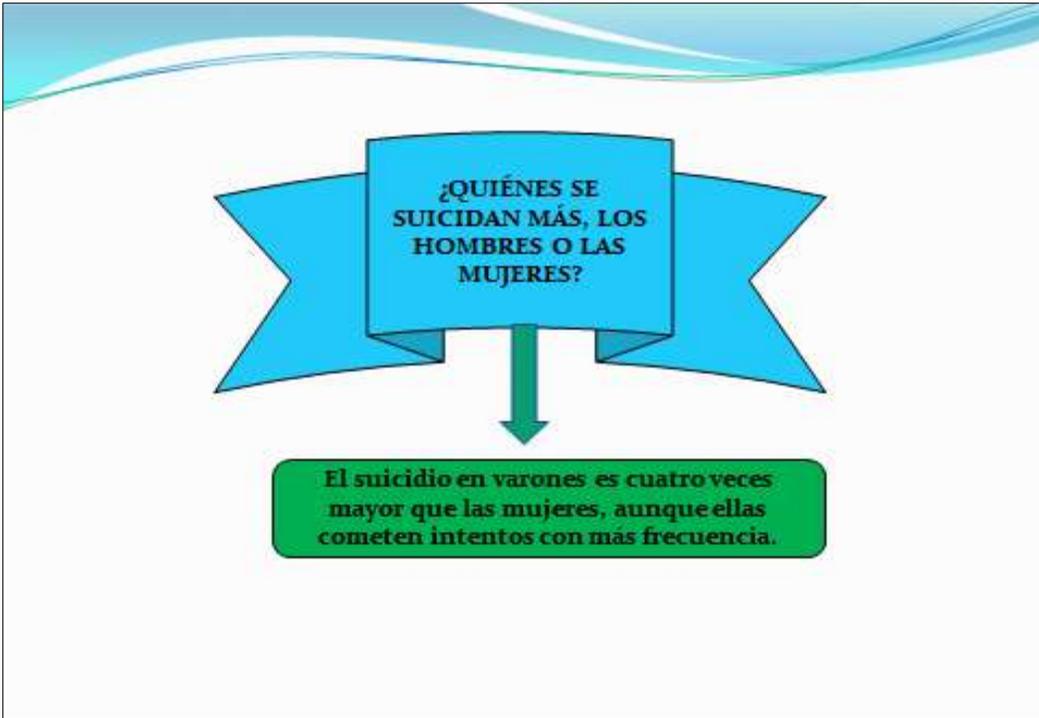


UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

CHARLA EDUCATIVA
TEMA: INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES

EXPOSITORA: MAIDA TTUANA SALINAS
EGRESADA DE ENFERMERÍA





¿CUÁLES SON SUS PRINCIPALES CAUSAS EN NUESTRO MEDIO?

- 1 Decepción amorosa
- 2 Bajo rendimiento escolar
- 3 Conflicto o pelea con pareja
- 4 Violencia, alcohol y drogas
- 5 Embarazos no deseados

¿QUÉ MÉTODOS UTILIZAN?



Los hombres utilizan métodos más violentos como:

- » Colgamiento.
- » Estrangulamiento.
- » Armas de fuego



Las mujeres prefieren métodos menos violentos como:

- » Ingestión de fármacos.
- » Envenenamiento con raticidas, plaguicidas.
- » Alcohol más fármacos.



¿CÓMO PUEDO PREVENIR EL SUICIDIO?

INDIVIDUO

FAMILIA

ESPECIALISTA

SOCIEDAD

• Nunca debes considerarte inferior a nadie, tú posees habilidades increíbles, desarróllalas y disfrútalas.

• Ten confianza en ti mismo sacando experiencias positivas de tus fracasos. No te hundas en ellos.

• Pide ayuda siempre a los que te rodean, mereces ser escuchado.

• Acude al especialista si presentas algún problema depresivo.

• Respetar tu integridad física y psicológica, ama lo que eres y lo que tienes, esto se llama autoestima.

• Cuida la única vida que tienes. Recuerda la prevención empieza por ti.

NO al suicidio
Prende tu vida, no la apagues.

GRACIAS

