



859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
Carrera de Medicina Humana

TEMA:

“Evaluación del Intento de Suicidio en Adolescentes atendidos en el Hospital Provincial General Isidro Ayora de la ciudad de Loja. Periodo Abril a Diciembre 2008”

Trabajo de graduación previo a la obtención del Título de Médico General.

AUTORA:

Patricia Rocío Tamayo Aguilar

DIRECTOR:

Dr. Néstor Maldonado M.

Loja-Ecuador

2009

Dr. Néstor Maldonado Montaña.

CATEDRÁTICO DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LOJA, Y DIRECTOR DE TESIS.

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación **EVALUACIÓN DEL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO ABRIL A DICIEMBRE 2008**, elaborado por la señorita **Patricia Rocío Tamayo Aguilar**, previo a optar el grado de Médico General, ha sido dirigido, revisado y corregido, por tanto autorizo a la autora para su presentación ante el Tribunal de Grado.

Loja, 5 de Octubre de 2009

Dr. Néstor Maldonado Montaña
DIRECTOR DE TESIS

AUTORIA

Las expresiones y criterios emitidos en el presente trabajo de investigación, así como las conclusiones y recomendaciones del mismo, quedan bajo la absoluta responsabilidad de la Autora.

Patricia Rocío Tamayo A.

AGRADECIMIENTO

Elevo mi imperecedera gratitud y reconocimiento a la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**, al **ÁREA DE LA SALUD HUMANA**, así como al **Dr. Néstor Maldonado**, Director de mi tesis, quien muy desinteresadamente supo brindar todo el apoyo necesario para el correcto desarrollo del presente trabajo de investigación.

Al personal del Departamento de Estadística del **Hospital Provincial General Isidro Ayora** quienes hicieron posible el acceso a la información permitiendo realizar todo el trabajo investigativo de mi Tesis.

Finalmente mi más profundo agradecimiento a mis familiares los mismos que han sido el baluarte para mi educación.

LA AUTORA

DEDICATORIA

Dedico la presente tesis a Dios quien me dio el don de la vida y me indicó el camino hacia la Medicina, permitiéndome culminar con una etapa más de mi vida, desarrollarla con amor, dedicación y entusiasmo.

A mi Madre, que como único apoyo supo dirigirme, corregirme y enseñarme amor y dedicación a mi carrera, apoyándome incondicionalmente en la realización de mis anhelos.

A toda mi familia que en todo momento de mi carrera supieron apoyarme y aconsejarme para seguir adelante.

A una persona especial, a todos los que me conocen, sobre todo a mis mejores amigos.

A ellos la dedico.

Patricia.

CONTENIDO

CAPITULO I

RESUMEN	1
SUMMARY	2
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	6

CAPITULO II

ADOLESCENCIA

2.1 DEFINICIÓN	8
2.2 DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE	8
2.3 EMBARAZO EN ADOLESCENTES	9
2.4 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA	9

CAPITULO III

TRASTORNO DEPRESIVO

3.1 CONCEPTO	11
3.2 TIPOS DE DEPRESIÓN	11
3.2.1 DEPRESIÓN MAYOR	11
3.2.2 DEPRESIÓN MENOR O DISTIMIA	11

CAPITULO IV

SUICIDIO

4.1 DEFINICIÓN	13
4.2 MANIFESTACIONES	13
4.3 FACTORES DEMOGRÁFICOS	15
4.4 FACTORES PSICOLÓGICOS Y PSICOPATOLÓGICOS	16
4.5. SEÑALES DE AVISO DE SENTIMIENTOS, PENSAMIENTOS O COMPORTAMIENTOS SUICIDAS	18

4.6 MÉTODOS SUICIDAS	19
4.6.1 AGENTES QUÍMICOS.....	20
4.6.2 AGENTES FÍSICOS	21
4.7. TRATAMIENTO PARA SENTIMIENTOS Y COMPORTAMIENTOS SUICIDAS	22
4.8 NORMAS A SEGUIR PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON RIESGO SUICIDA	23
4.9 PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	24

CAPITULO V

METODOLOGÍA	26
RESULTADOS	29
DISCUSIÓN	46
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	56

CAPÍTULO I

RESUMEN:

El presente estudio fue realizado en el Hospital Provincial General Isidro Ayora de la ciudad de Loja durante el periodo abril a diciembre de 2008, con el objetivo de evaluar los intentos de suicidio y suicidios consumados en Adolescentes atendidos en dicha unidad hospitalaria.

Este estudio fue de tipo descriptivo y prospectivo. El universo y la muestra lo constituyeron los pacientes adolescentes de 10 a 19 años de edad ingresados por intento de suicidio durante el periodo de estudio que fue de 28 casos en total. La unidad de análisis fue la historia clínica de los pacientes para lo cual se elaboró previamente un formato de recolección de datos.

Entre los resultados más relevantes podemos mencionar los siguientes: el grupo de edad más afectado por los intentos de suicidio fueron los adolescentes mayores de 15 a 19 años, sexo femenino, de procedencia urbana, con escolaridad secundaria, estudiantes y solteros; con familias nucleares. La mayoría de los intentos de suicidio se efectuaron los fines de semana en horas de la tarde y noche y en la casa de habitación.

Entre los factores presentes se encontró en la mayoría de los casos conflictos de familia como la falta de comunicación, violencia intrafamiliar, desestructuración por migración; problemas con los estudios, la depresión y baja autoestima.

El método utilizado en su mayoría fue la intoxicación por organofosforados; sin haber relación con el consumo previo de alcohol o drogas.

En cuanto al egreso hospitalario de los pacientes la mayoría de los adolescentes fueron dados de alta, algunos abandonaron la unidad hospitalaria, pero no existieron suicidios consumados.

SUMMARY:

The present study was carried out in the General Provincial Hospital Isidro Ayora of the city of Loja during the period April to December of 2008, with the objective of evaluating the suicide intents and suicides consummated in Adolescents assisted in this hospital.

This study was a descriptive and prospective type. The universe and the sample were adolescent patients from 10 to 19 years old entered because of suicide intent were 28 cases in total during the period of study. The analyzing object was the clinical history of the patients collected in a sheet of data previously.

Among the most outstanding results we can mention the following ones: the age group more affected by the suicide intents were the adolescents older than 15 to 19 years, women, of urban origin, with secondary studies, students and bachelors; with nuclear families. Most of the suicide intents were made the weekends in hours of the afternoon and night and in the room house.

About the main involving factors in most of the cases were family conflicts like the lack of communication, violence intrafamiliar, desestructuration for migration; problems with the studies, the depression and low self-esteem.

The method used in its majority was the intoxication for organophosphorous; without having relation with a previous consumption of alcohol or drugs.

In the case of outlay of the hospital the most part of adolescents were sent to their houses, other part abandoned the hospital, but there weren't deaths.

INTRODUCCIÓN:

El problema creciente a nivel mundial y en América Latina incluido nuestro país es el cambio dramático de las causas de mortalidad adolescente. Parte de este cambio ha sido un aumento mundial de las tasas de suicidio adolescente en países desarrollados, como en los en vías de desarrollo como el Ecuador. En la población adolescente, el suicidio es en la actualidad una de las principales causas de muerte; entre las personas de 15 a 19 años de edad las lesiones autoinfligidas son la tercera causa de muerte después de los accidentes y los homicidios y la sexta causa de mala salud y discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) pronostica que para la presente década (2000-2010) el número de suicidios en el mundo, así como de los intentos de suicidio, será diez veces mayor que en los años noventa y, que por cada caso de suicidio consumado hay por lo menos nueve casos de intentos fallidos. En el mismo ámbito el suicidio se ha convertido en un problema grave de salud pública que pocas personas lo consideran como tal, pues se prefiere en muchas ocasiones no mencionar y hacer un verdadero esfuerzo por ocultarlo; la OMS reconoce que la magnitud del problema pudiera ser más alarmante de lo que muestran las estadísticas porque se suele en ocasiones encubrir un suicidio para evitar la estigmatización de la persona que ha acabado con su propia vida, o de la familia de la víctima, por conveniencia social, o razones políticas o porque la persona que comete el suicidio deliberadamente lo hace aparecer como un accidente.

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.

“Para el 2007, la tasa estadística efectuada por cada 100.000 habitantes según la Dirección Nacional de Salud Mental estimó a nivel del país 17.4 intentos de suicidio y 0.6 suicidio consumado; a nivel de la Región Sur la tasa es de 35.76 intentos de suicidio y 0.3 suicidio consumado; en el Oro y a nivel de la Provincia de Loja la tasa de intento de suicidio es de 22.3 y suicidio consumado 0.9”¹.

Según estudios realizados en hospitales de nuestro país; indican que “las causas desencadenantes de este fenómeno podrían ser la alta tasa de separación familiar por la migración, el divorcio o muertes de los padres; además se señalan a la drogadicción

1. **Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud.** Manual de normas y procedimientos para la atención integral de los y las adolescentes. Quito- Ecuador: MSP; 2005.p.14-17

en adolescentes, aumentos de tasas de depresión asociada a conflictos familiares, o inestabilidad en el empleo, pérdida de valores de la sociedad y una influencia gravitante de los medios de comunicación (televisión) que son los responsables de un 5% de suicidios, mediante la transmisión de programas violentos al producir actitudes autodestructivas en este grupo etéreo. Es importante tener en cuenta desórdenes psiquiátricos, por lo que es necesario estar atentos a conductas fuera de lo habitual, depresión, retraimiento, conductas violentas”².

El intento de suicidio y el suicidio consumado en adolescentes es una tragedia que afecta no sólo al individuo, sino también a la familia, los amigos y su comunidad; en muchas ocasiones esta situación es vivida como un fracaso personal por parte de padres, amigos y médicos que se culpan por no detectar signos que los alerten. También es considerado como un fracaso por la comunidad, al servir de vivo recordatorio, de que la sociedad a menudo no entrega un ambiente saludable, de sostén y educativo donde los niños crezcan y se desarrollen.

Para el periodo en mención, el número de casos de intento de suicidio fue de 28, sin existir suicidios consumados; lo cual corresponde a aproximadamente 3 intentos por mes, el 68% comprometió al sexo femenino, con edad comprendida entre 15 a 19 años, es decir a adolescentes mayores, estudiantes, escolaridad secundaria y con familia nuclear. El mayor número de hechos se presentó durante los meses de abril, junio y diciembre; los fines de semana y en horas de la tarde. En el 71% de casos el elemento usado para la tentativa de suicidio fue la intoxicación por plaguicidas (órganofosforados).

Entre los factores asociados a la conducta suicida se mencionan: depresión, autoestima baja, problemas de comunicación familiar, conflictos familiares, violencia intrafamiliar, migración de padres, problemas con los estudios, situaciones de frustración y ansiedad; sin existir circunstancias asociadas en el momento del parasuicidio como el consumo de alcohol o drogas.

Es fundamental identificar cuáles son las características personales de los parasuicidas en nuestro medio según el perfil demográfico de este fenómeno y determinar en ellos los factores de riesgo sociales, biopsicológicos y económicos asociados en uno de los Hospitales de Referencia Provincial de nuestro país, como es el Hospital Provincial General Isidro Ayora; y de esa manera contribuir a una visión

² **Diario El Mercurio**. Estudio sobre depresión infantil. Cuenca-Ecuador [internet] 2005. [consultado 2007-12-28]. Disponible en: <http://www.elmercurio.com.ec>

más integral, reconocer la magnitud del mismo y generar aportes oportunos en los diferentes niveles de abordaje a esta problemática, pues frustra muchas vidas potencialmente productivas en su periodo óptimo de formación y desarrollo psicosocial.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar los intentos de suicidio y suicidios consumados en Adolescentes atendidos en el Hospital Provincial General "Isidro Ayora" de la ciudad de Loja.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer las características demográficas de los adolescentes atendidos por intentos de suicidio y suicidio consumado.
- Identificar factores sociales, biopsicológicos y económicos que determinaron los intentos de suicidio en los pacientes estudiados.
- Conocer el método más utilizado por este grupo poblacional para autoeliminarse.
- Determinar la estructura familiar de los adolescentes en estudio.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II

LA ADOLESCENCIA:

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, pero esencialmente positivos.

La adolescencia es un periodo de cambio continuo y será necesario distinguirla en: "primera fase: periodo que va desde la pubescencia hasta alrededor de un año después de la pubertad, momento en el que las nuevas pautas fisiológicas ya se han estabilizado bastante; fase final: periodo restante, hasta el comienzo de la edad adulta"³.

De acuerdo con la **OMS**, 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.

El tema central de la adolescencia es el de la identidad, el llegar a saber quién es uno mismo, cuáles son sus creencias y sus valores, qué se quiere realizar en la vida y obtener de ella. El adolescente además debe habituarse a un cuerpo renovado, con nuevas capacidades para la sensación y la acción, alterando la imagen de uno mismo en consonancia con ello.

Desarrollo psicosocial del adolescente

"En el desarrollo psicosocial del adolescente se distinguen tres etapas: 1) adolescencia inicial (10-13 años). Adolescencia media (14-16 años). Adolescencia superior (17-20 años)"⁴.

Desarrollo psicosocial en la adolescencia inicial: etapa de arranque, con nacimiento de la intimidad, crisis de crecimiento físico y maduración sexual. *Características comunes:* a) En la maduración mental, los sentimientos y la imaginación influyen de un modo especial lo que contribuye al cambio frecuente y versatilidad de intereses y opiniones, todo ello en un período de profundos cambios

³ Bobó Gloria. Adolescencia. [monografía en internet]; 2007. [consultado 2008-02-11]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/adolescencia-crisis/shtml>

⁴ **J. Callabed.** Desarrollo psicosocial del adolescente. En: M. Cruz Hernández, editor. Tratado de Pediatría. 9ª ed. Barcelona-España: Océano; 2007.p.881-882

fisiológicos y anatómicos. b) El joven tiene un desequilibrio emocional con un carácter irritante y una sensibilidad exagerada. c) Con relación a la vida social, el rasgo más llamativo es la gran importancia del grupo de amigos. *Características no comunes:* a) En algunas ocasiones el crecimiento rápido y disarmónico puede llevarle a una inestabilidad motriz. b) La dificultad de comunicar con los adultos le hace ser excesivamente sumiso al grupo de amigos. No hay que olvidar que a esta edad se describen conductas adictivas y relaciones sexuales precoces. La acción publicitaria se convierte en ocasiones en manipulación, o sea, una influencia indirecta sobre el joven que fomenta acciones de consumo (productos alimentarios, de sexo, ropa de moda) con decisiones de escasa calidad, a partir de un bajo nivel de reflexión y con una fuerte carga emocional.

Desarrollo psicosocial en la adolescencia media: fase de posible conflicto y tendencia al comportamiento negativo hacia los demás. *Características comunes:* a) Continúa el crecimiento anatomo-fisiológico. b) Mayor reflexión y sentido analítico. c) En su vida afectiva confunde muchas veces lo ideal con lo real y lo subjetivo con lo objetivo. Hay un fuerte sentimiento de autoafirmación con obstinación, terquedad y afán de contradicción. *Características no comunes:* En algunos casos la agresividad de esta fase se radicaliza dando lugar a actitudes de rebeldía.

Desarrollo psicosocial en la adolescencia superior: fase de consolidación, aunque sea relativa, de la personalidad descubierta. *Características comunes:* a) Es un período de calma y de recuperación del equilibrio perdido. Surgimiento de responsabilidad en relación con el propio futuro. El joven, de algún modo, durante la fase de adolescencia está construyendo su vida, la maduración física está completa. Se va trazando un cierto plan de vida. *Características no comunes:* La maduración física supone comportamientos agresivos o práctica reiterada de deportes de riesgo, que traen altos índices de morbi-mortalidad.

Embarazo en adolescentes: Como consecuencia de la aceleración de los desarrollos físico y sexual, de los cambios morales de la sociedad y el establecer el contacto sexual como equivalente de comunicación entre los jóvenes, hay un incremento constante del embarazo durante la época de la adolescencia. El embarazo puede ser el episodio más feliz o desdichado, dependiendo del contexto en que se produzca: si se da en el seno de una pareja que lo desea será una experiencia inolvidable. Si se trata de un embarazo no deseado en una adolescente, ya las cosas se complican y repetidas veces el suicidio aparece como una realidad.

Trastornos de la conducta en la adolescencia: “Los trastornos de la conducta (TC) en el adolescente *consisten en un patrón anormal y mantenido del comportamiento,*

apartado de las normas sociales propias de la adolescencia y que afecta al mismo tiempo a los derechos básicos de su entorno”⁵.

Manifestaciones: Conductas agresivas: Pueden ser auto y heteroagresivas, hacia objetivos y hacia personas. *Conductas de riesgo. Tentativas autolíticas:* Pueden abarcar desde el gesto impulsivo y de llamada de atención a la gravedad más extrema: suicidio. *Otras manifestaciones:* Se trata de mentiras utilitarias, rechazo escolar y voluntario, conductas sexuales desviadas, abuso de tóxicos.

“La dinámica familiar favorece la presencia de TC en el adolescente la presencia de pautas educativas o bien excesivamente rígidas o inexistentes, la falta de límites coherentes, los mensajes contradictorios, la identificación con modelos agresivos o impulsivos, las distorsiones de la comunicación o la inversión de los roles de autoridad”⁶.

⁵ **D. Cruz-Martínez.** Trastornos de la conducta en la adolescencia. En: M. Cruz Hernández, editor. Tratado de Pediatría. 9ª ed. Barcelona-España: Océano; 2007.p.888

⁶ **D. Cruz-Martínez.** Trastornos de la conducta en la adolescencia. En: M. Cruz Hernández, editor. Tratado de Pediatría. 9ª ed. Barcelona-España: Océano; 2007.p.889

CAPÍTULO III

TRASTORNO DEPRESIVO

“El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar”.⁷ Un trastorno depresivo *no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza y la consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado.*

Causas: La depresión puede ser de tipo **reactivo** (de afuera) o **endógeno** (de adentro). En el primer caso, constituye la respuesta hacia un estímulo externo que ocasiona duelo (la muerte de un ser querido o la pérdida de un trabajo); sin embargo, cuando éste no logra superarse, se transforma en depresión y pierde relación con el estímulo inicial. En el segundo caso, se trata de procesos que nada tienen que ver con la realidad, la persona simplemente se deprime sin existir una causa real. Una tercera postura es la que considera que en una depresión pueden estar implicados ambos factores, tanto endógenos como exógenos. El trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales: **disminución del metabolismo del área prefrontal izquierda del cerebro**; situación que se normaliza luego de los diferentes tratamientos.

Tipos de depresión: Trastorno Depresivo Mayor: La **depresión severa** se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras; experimentan mucha más anhedonia, han solido incurrir en más conductas suicidas y tienen más sentimientos de culpa junto con una autoestima más baja.

Depresión menor: Llamado también **distimia**, supone la presencia de un humor depresivo o irritable durante 1 año como mínimo. Durante este tiempo, el paciente no está asintomático más de dos meses. Para el diagnóstico de distimia, junto al humor alterado han de estar presentes por lo menos 2 de estos síntomas: cambios en el apetito, cambios en el sueño, disminución de energía, autoestima baja, dificultad para concentrarse y tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida, esto es lo que se conoce como **Depresión Doble (Trastorno Depresivo Mayor + Distimia).**

⁷ Maida Ana Margarita, Adolescencia. Departamento de Pediatría Oriente, Universidad de Chile, Hospital Luis Calvo Mackenna. [internet]; 2004. [consultado 2008-02-15].4(7) . Disponible en: <http://www.psicologiapediatria.html>

Aproximadamente el 5% de los niños y los adolescentes de la población en general padecen de depresión en algún momento. Entre los adolescentes, las chicas son más propensas a sufrir de depresión que los chicos. Además, la depresión está relacionada estrechamente con el **suicidio**. En el caso de todos los adolescentes, los síntomas de la depresión tienden a interferir con su desarrollo normal, a interrumpir las interacciones con su familia y a afectar su desempeño escolar.

En niños y adolescentes, los episodios de depresión duran de 7 a 9 meses y muchas de sus características son similares a la de la depresión en adultos. “En los adolescentes deprimidos es más frecuente la irritabilidad que la tristeza. Por último, la depresión y otros trastornos afectivos son los factores de riesgo más importantes en el suicidio de adolescentes”⁸.

⁸ Maida Ana Margarita, Adolescencia. Departamento de Pediatría Oriente, Universidad de Chile, Hospital Luis Calvo Mackenna. [internet]; 2004. [consultado 2008-02-15].4(7) . Disponible en: <http://www.psicologiapediatria.html>

CAPÍTULO IV

SUICIDIO

El comportamiento suicida varía en cuanto a los grados, desde solo pensar en quitarse la vida hasta elaborar un plan para suicidarse y obtener los medios para hacerlo, intentar suicidarse y, finalmente, llevar a cabo el acto ("suicidio consumado").

“El término "suicidio" en sí evoca una referencia directa a la violencia y la agresividad. Aparentemente, sir Thomas Browne fue quien acuñó la palabra "suicidio" en su obra *Religio medici* (1642). Médico y filósofo, Browne creó la palabra basándose en los términos del latín *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar). El término nuevo reflejaba el deseo de distinguir entre el homicidio de uno mismo y el hecho de matar a otra persona”⁹.

Una definición muy conocida de suicidio es la que aparece en la edición de 1973 de la *Encyclopaedia Britannica*, citada por Shneidman: "el acto humano de causar la cesación de la propia vida". Sin duda, en cualquier definición de suicidio la intención de morir es un elemento clave.

El comportamiento suicida abarca las siguientes manifestaciones:

1- 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.

2- La representación suicida: Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando por ejemplo que se ha imaginado ahorcado.

3- 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

⁹ **Beltrán** Baquerizo Gina, Adolescentes suicidas: un abordaje desde la terapia familiar sistémica. Estudio realizado en el Hospital Lorenzo Ponce. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. [internet]; 2002. Disponible en: <http://www.psicologiapediatria.html>

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.

4- 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.

5- 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.

6- 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.

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

8- El suicidio accidental: El 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 petróleo en la pared abdominal, introducción de alambres hasta el estómago o por la uretra, etc.).

9- 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.

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.

Factores demográficos:

Edad: Afortunadamente el suicidio en la infancia constituye un hecho aislado siendo raros los casos de suicidio en menores de 12 años. A partir de la adolescencia e inicio de la edad adulta las tasas de suicidio divergen en los diferentes países. Las personas ancianas constituyen el principal grupo de edad con las tasas más elevadas de suicidio consumado.

Sexo: La tasa de suicidio consumado es más elevada entre los varones, aunque también hay un incremento paulatino entre las mujeres. Las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia que los hombres (3:1), los hombres logran su objetivo con mayor frecuencia que las mujeres (3:1).

Distribución Geográfica: La incidencia de las conductas suicidas varía no solo entre los distintos países sino que incluso lo hace dentro del mismo país. En general se puede decir que las tasas de suicidio y de las tentativas son más altas en las áreas urbanas siendo más elevadas cuando mayor es el número de habitantes de la ciudad.

Estado Civil: El suicidio es un hecho más frecuente en personas solteras, separadas, divorciadas o viudas. Parece que el matrimonio actúa como un factor protector, especialmente si tienen hijos, tendencia más acentuada en la mujer. Diversos datos demuestran que las personas solteras tienen tasas de suicidio 2 veces superiores a los casados y en el caso de viudos y divorciados las tasas son de 3 y 5 veces superiores.

Desempleo: Muchos estudios han demostrado la relación existente entre el desempleo y la conducta suicida, siendo el desempleo de larga duración un factor especialmente estresante. Estudios en los países Nórdicos ponen de manifiesto que aproximadamente la mitad de las personas que cometen tentativas suicidas carecían de empleo.

Época del año, día y hora: la mayoría de las estadísticas ponen de manifiesto que las tasas de suicidio son más bajas en los meses de invierno, incrementándose durante los últimos meses del año, algunos autores señalan que el mes de enero como un mes de alta incidencia de suicidios.

Los días intermedios de la semana parecen ser los más señalados para llevar a cabo las conductas suicidas, estando la mayoría de los estudios de acuerdo que la tarde y la noche serían los momentos de mayor riesgo a lo largo del día.

Factores Psicológicos y Psicopatológicos:

Algunos estudios encuentran que aquellos individuos que presentan características suicidas tienden al aislamiento social, experimentan dificultades interpersonales en mayor grado, su amor propio es escaso y menos confiados que los no suicidas.

Estudios epidemiológicos realizados en adultos encuentran que entre el 90-100 % de las personas suicidas presenta un trastorno mental, fundamentalmente depresión, alcoholismo o esquizofrenia que al asociarse a sucesos adversos tales como pobreza, desempleo, pérdida de personas queridas, discusiones con la familia o los amigos y problemas legales aumentan el riesgo de atentar contra sí mismas. Según la OPS la depresión constituye el 65 % de los intentos suicidas y del 30 al 90 % de suicidio.

“Los **factores de riesgo** en el medio familiar son los condicionantes más próximos. La conflictividad en la familia es una de las circunstancias más frecuentes en los adolescentes que intentan suicidarse, de tal forma que la desestructuración y desorganización de la familia, junto con las alteraciones de la interacción de sus miembros, constituyen uno de los factores de riesgo fundamentales”¹⁰. Aproximadamente el 50% de los niños y jóvenes que comenten un intento de suicidio refiere una situación conflictiva en su familia, de la cual el adolescente se siente muchas veces responsable. En la mitad de los casos se señala como motivo desencadenante del intento una discusión con los padres; le sigue en frecuencia el

¹⁰ Martínez, J. 2006. Factores asociados a intentos de suicidio. [monografía en internet]. Managua-Nicaragua. Consultado el: 2008-03-06. Disponible en: <http://www.psicologiapediatria.html>

temor al castigo y el miedo a la separación de los padres después de una disputa entre ellos.

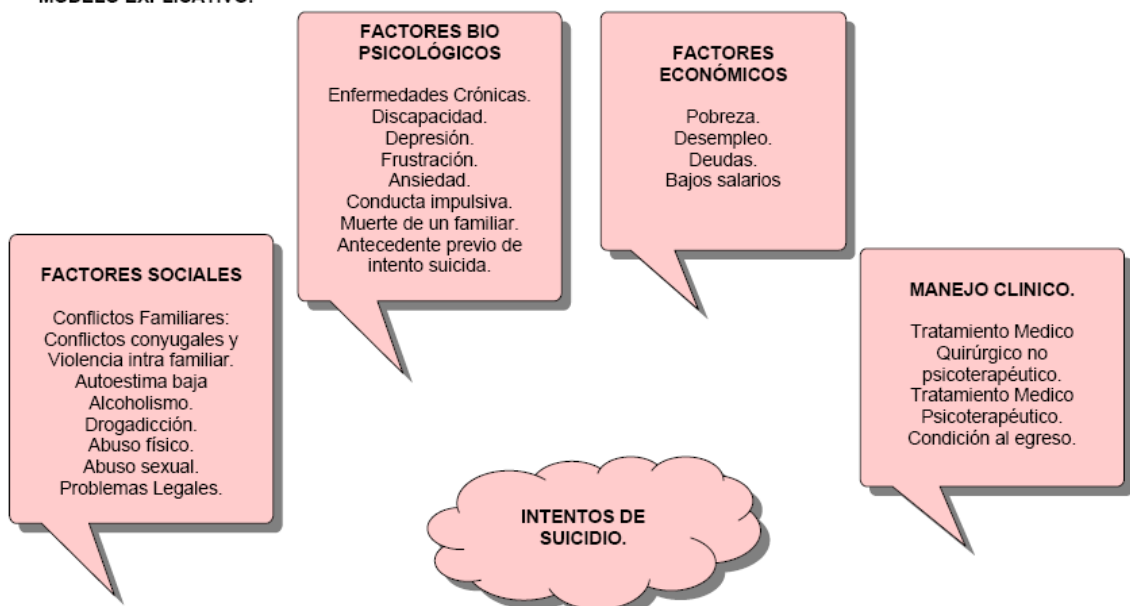
- Relaciones conflictivas con los progenitores
- Falta de comunicación de los padres con el hijo
- Falta de atención y desinterés por los problemas del adolescente
- Críticas persistentes por su comportamiento
- Frialdad afectiva, falta de amor
- Castigos como método educativo preferente
- Aislamiento social de la familia
- Falta de apoyo emocional y personal por parte de la familia
- Falta de la figura del padre es fundamental en el desarrollo de las conductas suicidas del adolescente. La ausencia del padre es un factor perturbador del desarrollo normal del niño desde los primeros años y es un antecedente en la historia de sujetos adultos que sufren depresión y han tenido conductas suicidas (la pérdida del padre es especialmente lesiva cuando acontece durante los primeros 11 años de vida).
- La depresión mayor es uno de los trastornos afectivos más frecuentemente asociados al suicidio; los tres síntomas de la depresión relacionados con el suicidio son: hiperinsomnio, aumento del abandono del cuidado personal y del deterioro cognitivo.
- Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, consumo de drogas u otros trastornos de conducta.
- Antecedentes familiares de suicidio: se ha observado en un estudio del CIE de la Academia Nacional de Medicina, que aquellos con antecedentes de depresión en la madre o consumo de alcohol del padre, así como consumo de drogas por un hermano, tienen más probabilidades de ideas suicidas, que aquellos que no poseen estos antecedentes familiares.
- Violencia familiar, incluido el abuso físico, sexual o verbal/emocional
- Intento de suicidio previo
- Presencia de armas de fuego en el hogar
- Encarcelación

- Exposición a comportamientos suicidas de otras personas, incluyendo la familia, los amigos, en las noticias o en historias de ficción.

Desde un punto de vista biológico, existen algunos predictores de una conducta suicida: un nivel bajo de 5 hidroxitriptamina o serotonina. Se considera de alta peligrosidad respecto al suicidio la existencia de una personalidad antisocial, un nivel bajo de 5 HTP y el consumo concomitante de alcohol. Se ha encontrado, entre los suicidas, una tasa elevada de 17 hidrocorticoides en orina. Una actividad neuronal disminuida en la corteza frontal lateral en los sujetos violentos, inducen a pensar en la posibilidad de un intento de suicidio.

Desde un punto de vista cultural, es innegable la influencia de la trasmisión por la televisión, en las revistas o periódicos, de suicidios de adolescentes o escenas violentas, sobre el comportamiento de los mismos, incitando a situaciones de auto o heteroagresión.

MODELO EXPLICATIVO.



Señales de aviso de sentimientos, pensamientos o comportamientos suicidas:

Muchas de las señales de aviso de posibles sentimientos suicidas son también síntomas de depresión. La observación de los siguientes comportamientos ayuda a identificar a las personas que pueden encontrarse bajo el riesgo de intento de suicidio:

- “cambios en los hábitos alimenticios y del sueño
- pérdida de interés en las actividades habituales
- retraimiento respecto de los amigos y miembros de la familia
- manifestaciones de emociones contenidas y alejamiento o huida

- uso de alcohol y de drogas
- descuido del aspecto personal
- situaciones de riesgo innecesarias
- preocupación acerca de la muerte
- aumento de molestias físicas frecuentemente asociadas a conflictos emocionales, como dolores de estómago, de cabeza y fatiga
- pérdida de interés por la escuela o el trabajo escolar
- sensación de aburrimiento
- dificultad para concentrarse
- deseos de morir
- falta de respuesta a los elogios
- aviso de planes o intentos de suicidarse, incluyendo los siguientes comportamientos:
 - verbaliza: "Quiero matarme" o "Voy a suicidarme"
 - da señales verbales como "No seré un problema por mucho tiempo más" o "Si me pasa algo, quiero que sepan que ..."
 - regala sus objetos favoritos; tira sus pertenencias importantes
 - se pone alegre repentinamente luego de un período de depresión
 - puede expresar pensamientos extraños
 - escribe una o varias notas de suicidio"¹¹

Las amenazas de suicidio significan desesperación y un pedido de auxilio. Siempre se deben tener en cuenta muy seriamente los sentimientos, pensamientos, comportamientos o planes de suicidio. Todo niño o adolescente que exprese ideas de suicidio debe ser sometido a una evaluación inmediatamente.

Las señales de aviso de sentimientos, pensamientos o comportamientos suicidas pueden parecerse a las de otros trastornos médicos o problemas psiquiátricos.

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

¹¹ Sáez García Irene, Informe sistémico integrado aplicado al trabajo con adolescentes de conducta suicida. Hospital "Dr. Leopoldo Manrique Terrero" - [CD-ROM]. Caracas, Venezuela: Editorial Médica Panamericana; 2003.

varones prefieren métodos suicidas más violentos, las mujeres en comparación suelen utilizar métodos más pasivos y menos violentos.

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.

Agentes Químicos: 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 autolíticos, con frecuencia acompañado por alcohol etílico y otras sustancias; es un fármaco que suele acompañar a la sobredosis 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 (DL 50 1.6 gr/Kg.) pero con frecuencia estas se ingieren con otras drogas y/o alcohol (en más de 75 % de los casos) potenciándose sus efectos”¹².

La **Carbamazepina** en la práctica médica se utiliza como anticonvulsivante, pero se han descrito casos de intoxicaciones agudas voluntarias. La intoxicación por sí 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 **Acetaminofén** posee efecto antipirético y analgésico, la dosis para producir toxicidad es desconocida, ya que varía en función de la actividad del citocromo P450 (variable entre personas), cantidad de glutatión y su capacidad de

¹² **Pou J, Luaces C.** Accidentes infantiles. Intoxicaciones. En: M. Cruz Hernández, editor. Tratado de Pediatría. 9ª ed. Barcelona – España: Océano; 2007. p.2071-2089.

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 está 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 él más 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 coingestión 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 fosforo de aluminio el cual está destinado a ser utilizado en la agricultura para conservar cosechas; es un producto muy toxico y la dosis letal media para seres humanos es de 20 mg/Kg. de peso. “Los órganos fosforados se utilizan como insecticidas, nematicidas, herbicidas, fungicidas y en la industria es liposoluble y al 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)”¹³.

Agentes físicos: estadísticamente, entre los medios físicos empleados por los suicidas se describen:

- armas de fuego
- armas blancas
- ahorcadura
- sumersión
- precipitaciones de altura: puente, barranco, edificio
- arrojado al paso de un vehículo

¹³ **Pou J, Luaces C.** Accidentes infantiles. Intoxicaciones. En: M. Cruz Hernández, editor. Tratado de Pediatría. 9ª ed. Barcelona – España: Océano; 2007. p.2071-2089.

Tipos de las lesiones:

Se observan lesiones típicamente normalmente de suicidas el uso de armas de fuego son la sien derecha o izquierda en los zurdos, cavidad bucal y precordio, raramente el abdomen. Las armas blancas se utilizan en el cuello, precordio, muñeca o antebrazo y abdomen. El lugar del hecho está en completo orden (salvo en crisis maníacas) con notas dejadas por el occiso cuartos de baño o dormitorios cerrados por dentro ocasionalmente en delirantes complicados mecanismos preparados de acuerdo con meticulosidad para lograr su objetivo de autoeliminarse. Algunas conductas típicas del suicida son descubrirse la zona corporal a agredir, desabrocharse la camisa si se va a realizar un disparo, acomodar el cañón del arma en la cavidad bucal, que lo distingue del disparo en la boca de origen homicida, donde generalmente se lesiona en la arcada dentaria por resistencia de la víctima de abrir la boca.

Tratamiento para los sentimientos y comportamientos suicidas:

El tratamiento específico para los sentimientos y comportamientos suicidas será determinado basándose en lo siguiente:

- la edad del adolescente, su estado general de salud y sus antecedentes médicos
- la gravedad de los síntomas del adolescente
- la seriedad del intento
- la tolerancia del adolescente a determinados medicamentos o terapias
- sus expectativas con respecto del riesgo futuro de suicidio
- su opinión o preferencia

Todo adolescente que haya intentado suicidarse requiere de una evaluación física inicial y tratamiento hasta recuperar la estabilidad física. El tratamiento de la salud mental para los sentimientos, ideas o comportamientos suicidas comienza con una evaluación minuciosa de los acontecimientos de la vida del adolescente ocurridos durante los dos o tres días previos al comportamiento suicida. Una evaluación integral del adolescente y de la familia contribuye a la toma de decisiones con respecto de las necesidades de tratamiento. Las recomendaciones de tratamiento pueden incluir, entre otras, la terapia individual para el adolescente, terapia de familia y, cuando sea necesario, la internación para brindarle al adolescente un entorno supervisado y seguro. Los padres desempeñan un papel vital de apoyo en cualquier proceso de tratamiento.

Normas a seguir para la atención al paciente con riesgo suicida:

- “1. Todo paciente que consulta por ideas o intentos suicidas, si llega personalmente, le llevan familiares o amigos; o se detecta en el interrogatorio cuando consulta por otra causa, deberá tenerse como emergencia y no podrá dejarse ir a su casa como se hace usualmente.
2. Si ya realizó el intento, la acción no debe reducirse a aliviar el daño físico (lavado gástrico, sutura de heridas, etc.).
3. Deberá permanecer en observación, interrogársele exhaustivamente según lo permita su estado, investigar ampliamente el caso con la familia, compañeros de trabajo, de estudio, amigos y allegados, hasta tener una idea clara de su manera de ser habitual y de los cambios observados recientemente por quienes le conocen.
4. Se deberá proceder a evaluar el grado de riesgo suicida y de acuerdo al mismo se tomará la decisión de la conducta a seguir.
5. Se advertirá al paciente, su familia y personas de su entorno de la gravedad del asunto, de la conducta más adecuada para afrontar el problema y de la necesidad de la colaboración de todos.
6. Si se duda sobre la gravedad del riesgo, es imperativo pecar por exceso e internar al paciente. El personal del Centro debe estar advertido que en casos de grave riesgo los intentos suelen repetirse en el seno de la unidad y que un 10% lo logran. El potencial suicida amerita vigilancia cercana todos los segundos de cada 24 horas.
7. En caso de que la familia rehusé el internamiento a pesar de los razonamientos que use el personal tratante para persuadirles, debe exigirse la firma de un documento de exoneración de responsabilidad por parte del familiar responsable.
8. No obstante, esto no libera al equipo tratante de la responsabilidad de continuar el tratamiento ambulatorio con consultas diarias mientras dura la crisis aguda, hasta que se considere libre de riesgo inminente, aumentando el intervalo de las citas según evolución y en dependencia del diagnóstico de la patología subyacente en caso de que exista alguna (depresión, esquizofrenia, epilepsia, etc.). Se deberá advertir a la familia que el paciente debe ser vigilado permanentemente, que unos pocos minutos dentro del baño bastan para matarse o de soledad en el dormitorio para ahorcarse.
9. Ningún caso detectado con ideas o intentos suicidas en las emergencias o consultas de dichos centros, deberá ser enviado a su casa o a pedir cita. Se deberá

establecer la consulta inmediata en las horas laborales, o dejar en observación y pasarlo a los especialistas a primera hora. En todo caso, el personal que detecta no deberá limitarse a escribir la referencia sino a dejar en contacto al paciente con el personal especializado. En caso de períodos prolongados (fines de semana, vacaciones, etc.), el paciente se enviará a la emergencia del Hospital Psiquiátrico.

10. De ser necesaria la medicación para el problema subyacente detectado, deberá entregarse la dosis a la familia, recomendando administrarle la dosis individual y en llevar el resto y nunca darles provisión total del fármaco que se acerque ni remotamente a la dosis letal.

11. Tener en cuenta que en los pacientes deprimidos, entre quienes es más frecuente el suicidio, el riesgo aumenta a partir de las dos primeras semanas de tratamiento antidepressivo, pues se incrementan los actos voluntarios. Advertirle a la familia o acompañantes.

12. Recordar que la conducta humana es de origen multicausal y no debemos contentarnos con buscar una causa vivencial externa reciente para atribuirle carácter etiológico. La investigación debe ser completa y la estrategia de intervención terapéutica será integral, utilizando los recursos de la institución, del paciente, de su familia y de su entorno social, incluyendo el religioso, educativo y laboral”¹⁴

Prevención del suicidio:

El reconocimiento y la intervención temprana de los trastornos mentales y de abuso de sustancias son la forma más eficaz de prevenir el suicidio y el comportamiento suicida. Varios estudios han demostrado que los programas de prevención del suicidio con más probabilidades de éxito son aquellos orientados a la identificación y el tratamiento de las enfermedades mentales y el abuso de sustancias, el control de los efectos del estrés y de los comportamientos agresivos.

De acuerdo con la Fundación estadounidense para la prevención del suicidio (American Foundation for Suicide Prevention, AFSP), para poder prevenir el intento de suicidio en los adolescentes es importante aprender cuáles son las señales de advertencia. Mantener una comunicación abierta con el adolescente y sus amigos brinda una oportunidad para ayudar cuando sea necesario. Si un adolescente habla sobre suicidio, debe recibir una evaluación inmediata.

¹⁴ Martínez, J. 2006. Factores asociados a intentos de suicidio. [monografía en internet]. Managua-Nicaragua. Consultado el: 2008-03-06. Disponible en: <http://www.psicologiapediatria.html>

- Señales de advertencia de depresión en adolescentes:
 - sentimientos de tristeza o desesperanza
 - disminución del rendimiento escolar
 - pérdida del placer/interés en actividades sociales y deportivas
 - dormir muy poco o demasiado
 - cambios en el peso o el apetito
 - nerviosismo, inquietud o irritabilidad
 - abuso de drogas
- Medidas que los padres pueden tomar:
 - Guardar las armas de fuego y los medicamentos fuera del alcance de los niños.
 - Proporcionar ayuda a su hijo (de un profesional médico o de la salud mental).
 - Apoyar a su hijo (escuchar, evitar la crítica excesiva, permanecer conectado).
 - Mantenerse informado (biblioteca, grupo de apoyo local, Internet).
- Medidas que los adolescentes pueden tomar:
 - Tomar con seriedad el comportamiento y las conversaciones sobre suicidio de un amigo.
 - Animar a su amigo a buscar ayuda profesional, y acompañarlo, si fuera necesario.
 - Hablar con un adulto de confianza. No intentar ayudar por sí solo a un amigo.

CAPÍTULO V

METODOLOGÍA:

El presente trabajo investigativo fue de tipo descriptivo y prospectivo.

El **universo** de estudio estuvo constituido por los pacientes que presentaron intento de suicidio y demandaron atención en el Hospital Provincial General “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja; la **muestra** fueron los adolescentes entre 10 a 19 años de edad que tuvieron al menos un intento de suicidio registrado en su respectiva Historia Clínica; por lo tanto se trató de una muestra intencional. El número de pacientes ingresados fue de 28 en total.

La **unidad de análisis** fue la historia clínica de los pacientes ingresados a hospitalización con impresión diagnóstica de intento de suicidio.

Entre los **criterios de inclusión** se tomó en cuenta a pacientes vivos que al ser ingresados a hospitalización su impresión diagnóstica fue intento de suicidio y con historia clínica completa.

La **fuentes de información** fue secundaria ya que se revisó las respectivas historias clínicas y la hoja de interconsulta de Psiquiatría de los pacientes ingresados por intento de suicidio, en el periodo de estudio.

Para la obtención de la información se diseñó un formato en donde se recolectaron datos de interés de las historias clínicas previa autorización del Director vigente de dicha casa de salud en coordinación con el responsable del Departamento de Estadística. Dentro de las características demográficas se tomó en cuenta variables como edad encasillándolos según ésta en adolescentes menores de 10 a 14 años y adolescentes mayores de 15 a 19 años en base a la clasificación expuesta por la OMS; el sexo, procedencia, escolaridad, ocupación, estado civil, fecha, hora y lugar de ocurrencia del intento de suicidio, método utilizado, determinados factores sociales asociados como alcoholismo, drogadicción, tipo de familia fueron extraídos de la anamnesis y de la hoja 008 de Emergencia. En cuanto a los factores sociales restantes como conflictos y problemas familiares, violencia, abuso físico y sexual, así como para los factores biopsicológicos: depresión, frustración, ansiedad, conducta impulsiva, presiones para triunfar se revisó la interconsulta realizada por parte del

Departamento de Psiquiatría en donde consta datos de la evaluación efectuada al paciente y de acuerdo a ésta se determinó la presencia o ausencia de dichos factores.

Los datos recolectados fueron introducidos y procesados en el programa Excel; con lo cual se obtuvo cuadros y gráficas que fueron interpretados y analizados; en el caso de las características demográficas, factores determinantes y agentes lesivos más utilizados por los pacientes en estudio para el intento de suicidio fueron expuestos en número de casos y el porcentaje (%) correspondiente. Se procedió a analizar el grupo etéreo más afectado, la frecuencia de intentos de suicidio según el sexo y la edad, los principales factores asociados y los métodos más utilizados para el intento suicida.

Variables del estudio:

Objetivo 1: Características demográficas de los adolescentes en estudio.

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

Objetivo 2: Factores asociados que determinaron los intentos de suicidio en los pacientes estudiados.

- Factores sociales
- Factores bio-psicológicos
- Factores económicos

Objetivo 3: Método más utilizado por este grupo poblacional para autoeliminarse

- Método
- Circunstancias asociadas
- Egreso hospitalario

Objetivo 4: Estructura familiar de los adolescentes en estudio.

- Tipo de familia

EXPOSICIÓN DE RESULTADOS

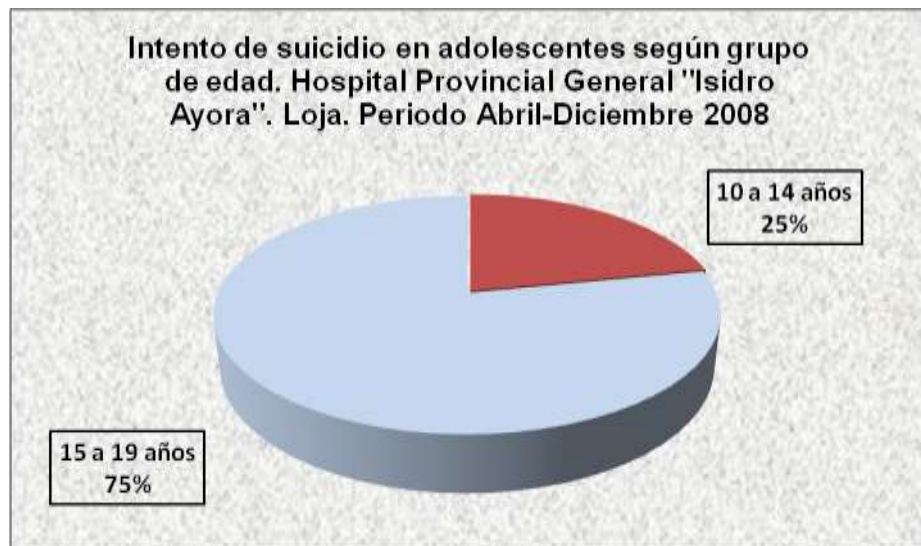
Cuadro N°1: Intento de suicidio en adolescentes según grupo de edad. Hospital Provincial General "Isidro Ayora". Loja. Periodo Abril-Diciembre 2008

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje %
10 a 14 años	7	25,00
15 a 19 años	21	75,00
Total	28	100,00

Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

Gráfico N°1



Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

Durante los meses de Abril a Diciembre de 2008 se presentaron 28 casos de intento de suicidio en adolescentes, de los cuales el grupo de edad más afectado fueron los adolescentes mayores con 21 casos que corresponden al 75% y 7 casos en adolescentes menores con un 25%; por lo tanto el intervalo de edad con la mayoría de casos se encontraron entre los 15 a 19 años de edad, cuyo riesgo posiblemente

corresponda a lo que los expertos consideran que puede radicar en la inestabilidad frente a las metas y objetivos de vida.

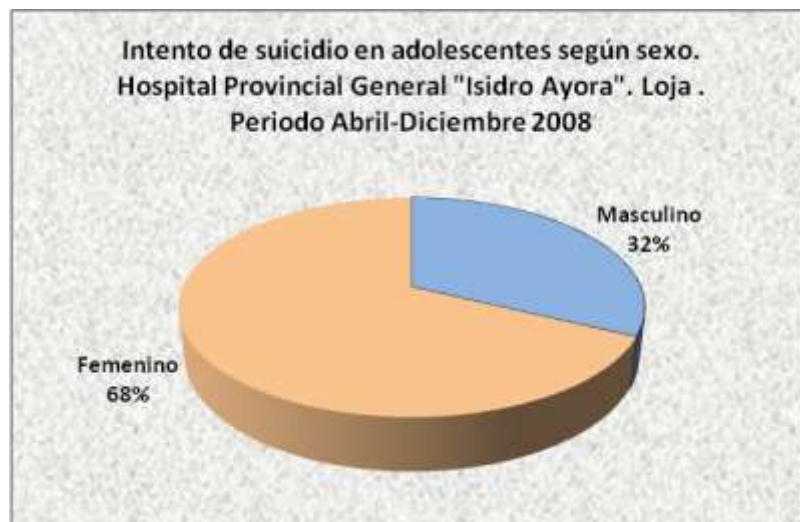
**Cuadro N°2: Intento de suicidio en adolescentes según el sexo.
Hospital Provincial General "Isidro Ayora". Loja. Periodo Abril-
Diciembre 2008**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje %
Masculino	9	32,14
Femenino	19	67,86
Total	28	100,00

Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

Gráfico N°2



Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

En relación al sexo los intentos de suicidios se presentaron con mayor frecuencia en las mujeres con 19 casos que corresponden al 68% que los hombres con 9 casos con porcentaje del 32%, estableciéndose una razón de 2 mujeres por cada hombre, lo que se relaciona con la teoría y estudios establecidos que mencionan que las mujeres

intentan suicidarse más que los hombres usando la tentativa de suicidio como expresión de estrés y forma de pedir ayuda.

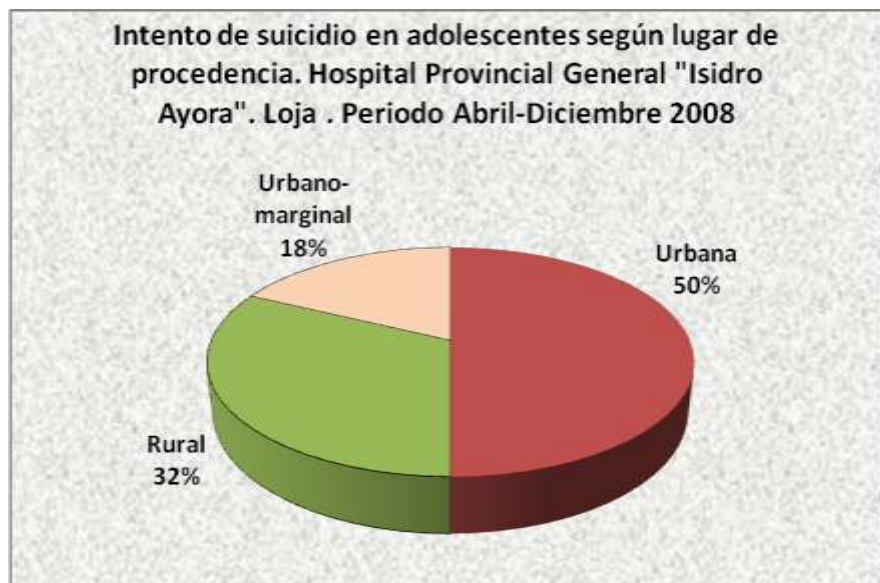
Cuadro N°3: Intento de suicidio en adolescentes según lugar de procedencia. Hospital Provincial General "Isidro Ayora". Loja. Periodo Abril-Diciembre 2008

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Urbana	14	50,00
Rural	9	32,14
Urbano-marginal	5	17,86
Total	28	100,00

Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

Gráfico N°3



Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

En cuanto a la procedencia de los adolescentes con tentativa de suicidio el 50% de los mismos pertenecieron al sector urbano con 14 casos, el 32% al sector rural con 9

casos y el 18% al sector urbano-marginal con 5 casos; datos que se relacionan con los aportados por la Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud 2005 en donde la mayor parte de adolescentes habitan en las regiones urbanas del país.

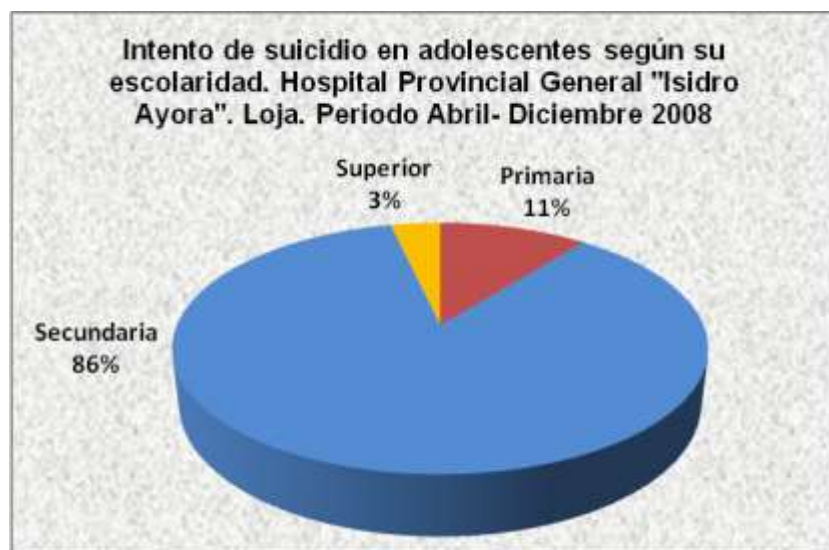
Cuadro N°4: Intento de suicidio en adolescentes según su escolaridad. Hospital Provincial General "Isidro Ayora". Loja. Periodo Abril-Diciembre 2008

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	3	10,71
Secundaria	24	85,71
Universitaria	1	3,57
Ninguna	0	0,00
Total	28	100,00

Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

Gráfico N°4



Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

Según el grado de escolaridad de los adolescentes predominó el secundario con 24 casos con porcentaje del 86%, seguido del primario con 3 casos con el 11% y el superior con 1 caso con el 3%; de esta manera se establece que todos los

adolescentes con parasuicidio presentan algún grado de escolaridad lo que podría relacionarse con posibles problemas con los estudios los cuales podrían estar fomentando factores de riesgo.

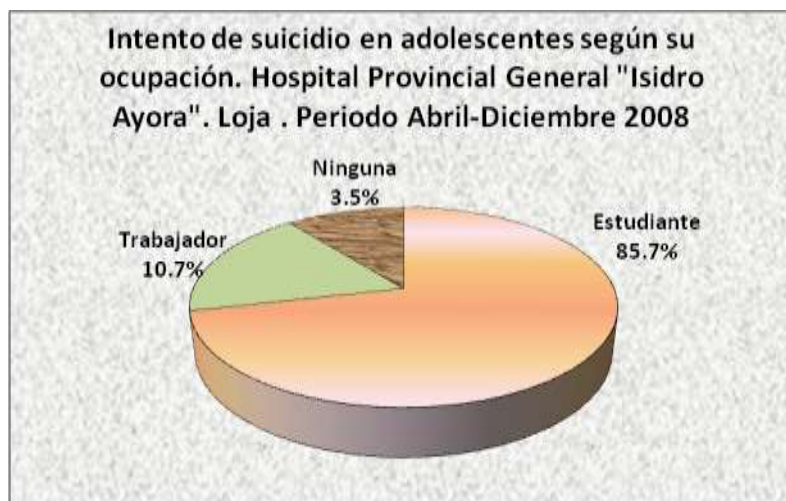
Cuadro N°5: Intento de suicidio en adolescentes según su ocupación. Hospital Provincial General "Isidro Ayora". Loja. Periodo Abril-Diciembre 2008

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Estudiante	20	85,71
Trabajador	5	10,71
Ninguna	3	3,57
Total	28	100,00

Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

Gráfico N°5



Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

Con relación a la ocupación de los adolescentes 20 casos fueron estudiantes correspondiendo a un 85.7%, seguido de 5 casos de trabajadores con el 10.7% y el 3.5% con 3 casos de adolescentes que no especificaron actividades.

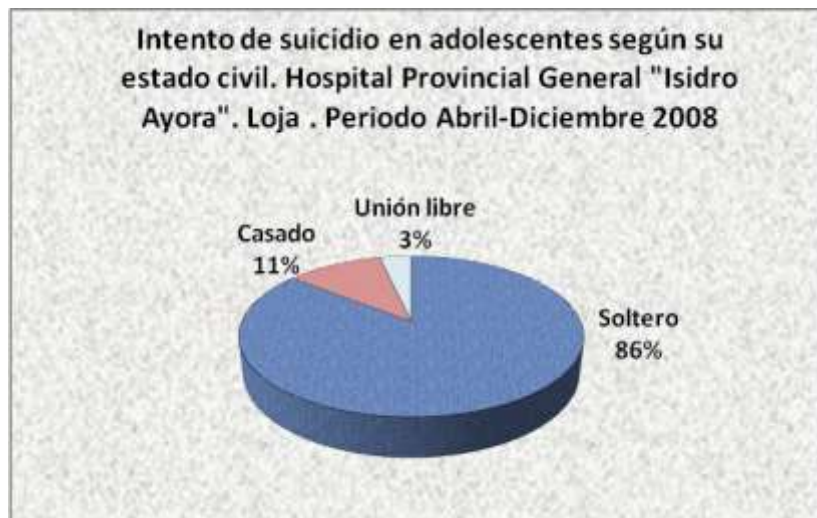
Cuadro N°6: Intento de suicidio en adolescentes según su estado civil. Hospital Provincial General "Isidro Ayora". Loja. Periodo Abril-Diciembre 2008

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	24	85,71
Casado	3	10,71
Unión libre	1	3,57
Total	28	100,00

Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

Gráfico N°6



Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

Según el estado civil 24 adolescentes que corresponde al 86% fueron solteros, 3 casados con el 11% y 1 en unión libre con el 3%; lo que indica que las personas solteras tienen mayor predisposición al intento de suicidio ya que los sentimientos de tristeza los hacen más vulnerables; por lo que se podría establecer que el matrimonio actuaría como factor protector.

**Cuadro N°7: Intento de suicidio en adolescentes, según fecha de ocurrencia. Hospital Provincial General "Isidro Ayora". Loja
Periodo Abril-Diciembre 2008**

Fecha	Frecuencia	Porcentaje %
DÍAS		
Lunes	2	7,14
Martes	5	17,86
Miércoles	3	10,71
Jueves	7	25,00
Viernes	5	17,86
Sábado	1	3,57
Domingo	5	17,86
Total	28	100,00

Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

Gráfico N°7



Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

Con respecto a la fecha del intento de suicidio los días en que se registraron más intentos fueron: jueves con 7 casos con 25%, seguido por martes, viernes y domingo con 5 casos respectivamente con el 17,8% cada uno y por último miércoles, lunes y sábado con un 10.7%(3), 7.1%(2) y 3.5%(1) respectivamente.

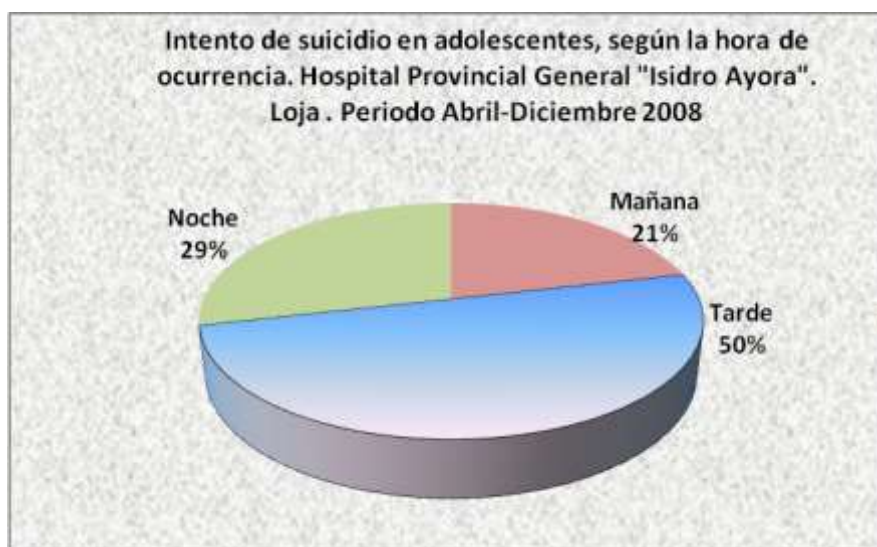
Cuadro N°8: Intento de suicidio en adolescentes, según la hora de ocurrencia. Hospital Provincial General "Isidro Ayora". Loja Periodo Abril-Diciembre 2008

Hora	Frecuencia	Porcentaje %
Mañana	6	21,43
Tarde	14	50,00
Noche	8	28,57
Total	28	100,00

Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

Gráfico N°8



Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

Según la hora de ocurrencia los intentos de suicidio ocurrieron con mayor frecuencia durante la tarde con 14 casos que corresponden al 50%, seguido en horas de la noche con 8 casos con el 29% y 6 casos por la mañana con el 21%.

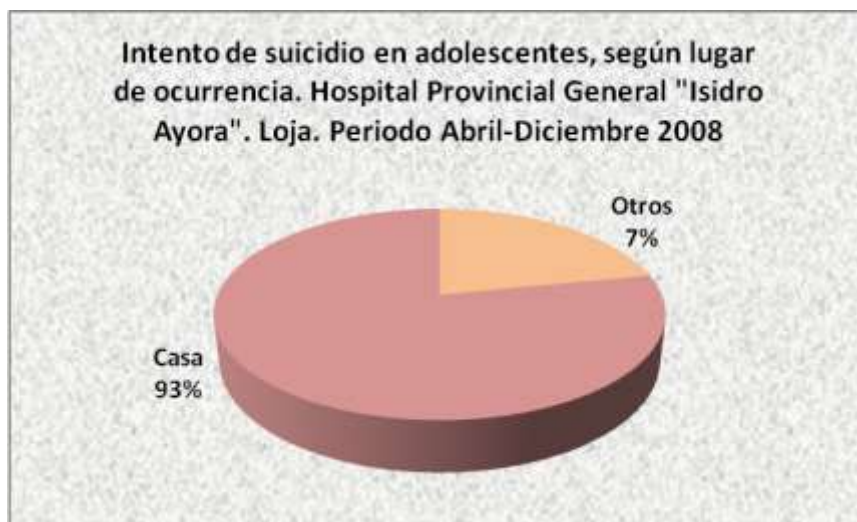
**Cuadro N°9: Intento de suicidio en adolescentes, según lugar de ocurrencia. Hospital Provincial General "Isidro Ayora". Loja
Periodo Abril-Diciembre 2008**

Lugar	Frecuencia	Porcentaje %
Casa	26	92,86
Escuela	0	0,00
Calle	0	0,00
Trabajo	0	0,00
Otros (hotel)	2	7,14
Total	28	100,00

Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

Gráfico N°9



Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

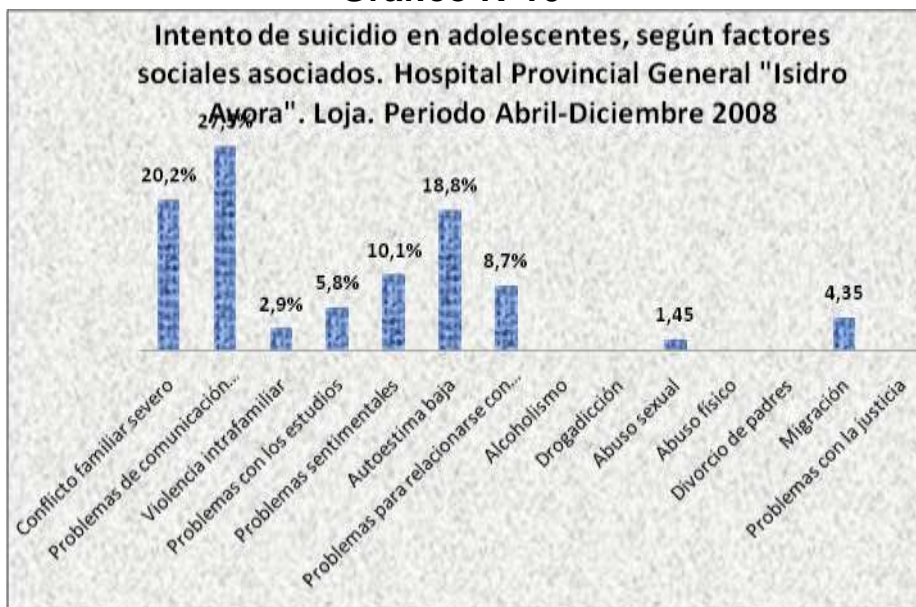
Según el lugar de ocurrencia del intento de suicidio el 93% con 26 casos fueron en el domicilio y el 7% fuera del mismo con 2 casos; lo cual nos indicaría que la casa es un ambiente propicio en donde se desarrollan relaciones agradables o desagradables como conflictos y violencia que pueden sumarse a los factores de riesgo desencadenantes de conductas suicidas.

Cuadro N°10: Intento de suicidio en adolescentes, según factores sociales asociados. Hospital Provincial General "Isidro Ayora". Loja. Periodo Abril-Diciembre 2008

Factores sociales	Frecuencia	Porcentaje%
Conflicto familiar severo	14	20,29
Problemas de comunicación familiar	19	27,54
Violencia intrafamiliar	2	2,90
Problemas con los estudios	4	5,80
Problemas sentimentales	7	10,14
Autoestima baja	13	18,84
Problemas para relacionarse con los demás	6	8,70
Alcoholismo	0	0,00
Drogadicción	0	0,00
Abuso sexual	1	1,45
Abuso físico	0	0,00
Divorcio de padres	0	0,00
Migración	3	4,35
Problemas con la justicia	0	0,00
TOTAL	69	100,00

Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A
Elaboración: Patricia Tamayo A.

Gráfico N°10



Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A
Elaboración: Patricia Tamayo A.

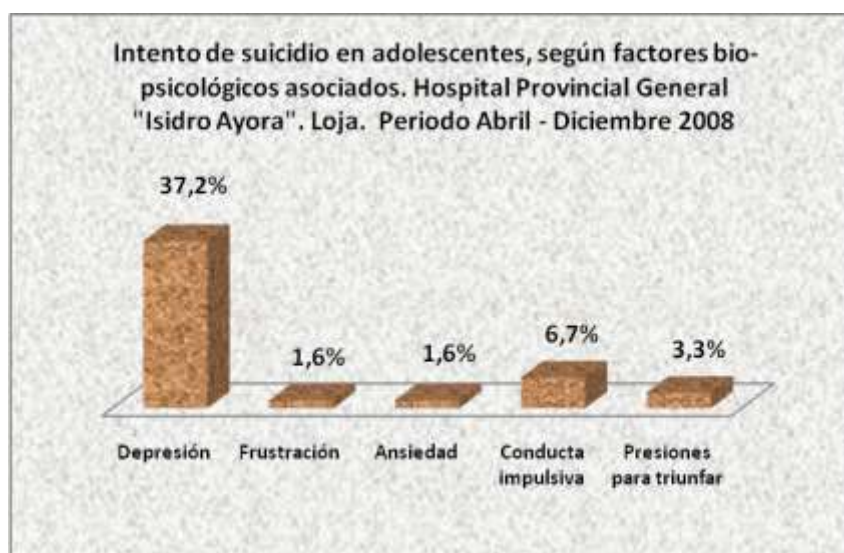
En relación con los factores sociales se encontró que el 27,5% presentaron problemas de comunicación familiar, seguido del 20,2% con conflicto familiar severo, el 18,8% con problemas de autoestima baja, el 10,1% y 8,7% con problemas familiares y para relacionarse con los demás respectivamente, problemas con los estudios el 5,8%, migración el 4,3%; violencia intrafamiliar el 2,9% y abuso sexual el 1,45%.

Cuadro N°11: Intento de suicidio en adolescentes, según factores bio-psicológicos asociados. Hospital Provincial General "Isidro Ayora". Loja. Periodo Abril - Diciembre 2008

Factores bio-psicológicos	Frecuencia	Porcentaje%
Depresión	22	37,29
Frustración	1	1,69
Ansiedad	1	1,69
Conducta impulsiva	4	6,78
Presiones para triunfar	2	3,39
Muerte de un familiar	0	0,00
Epidemias VIH/SIDA	0	0,00
Enfermedades crónicas	0	0,00
Discapacidad	0	0,00
Antecedente de intento suicida previo:		
1	1	1,69
2	0	0,00
3	0	0,00
Ninguno	28	47,46
TOTAL	59	100,00

Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A
 Elaboración: Patricia Tamayo A.

Gráfico N°11



Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A
 Elaboración: Patricia Tamayo A.

Entre los factores bio-psicológicos asociados la depresión se presentó en el 37,2% de casos, conducta impulsiva en el 6,7% de casos, seguido de presiones para triunfar con el 3,3% y situaciones de frustración y ansiedad con el 1,6% respectivamente. En cuanto al antecedente previo de intento de suicidio se presentó un caso con el 1,6% de intento anterior.

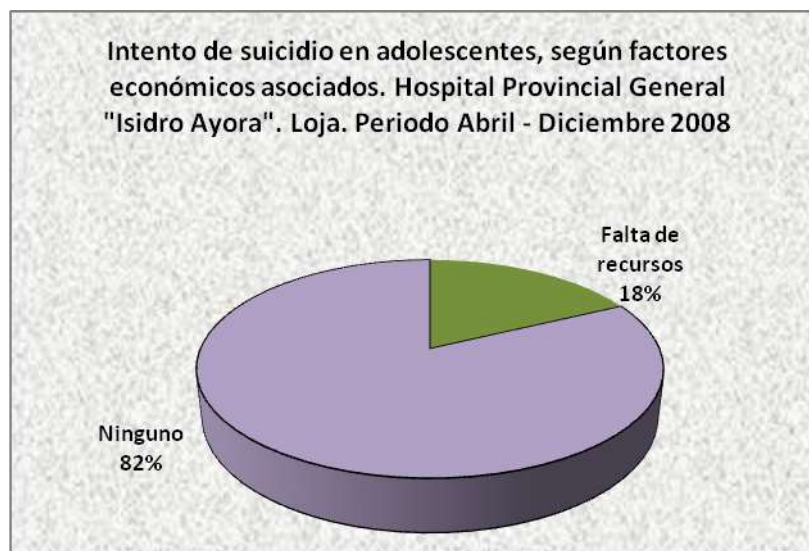
Cuadro N°12: Intento de suicidio en adolescentes, según factores económicos asociados. Hospital Provincial General "Isidro Ayora". Loja. Periodo Abril - Diciembre 2008

Factores económicos	Frecuencia	Porcentaje%
Falta de recursos	5	17,86
Deudas	0	0,00
Desempleo	0	0,00
Ninguno	23	82,14
TOTAL	28	100,00

Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

Gráfico N°12



Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

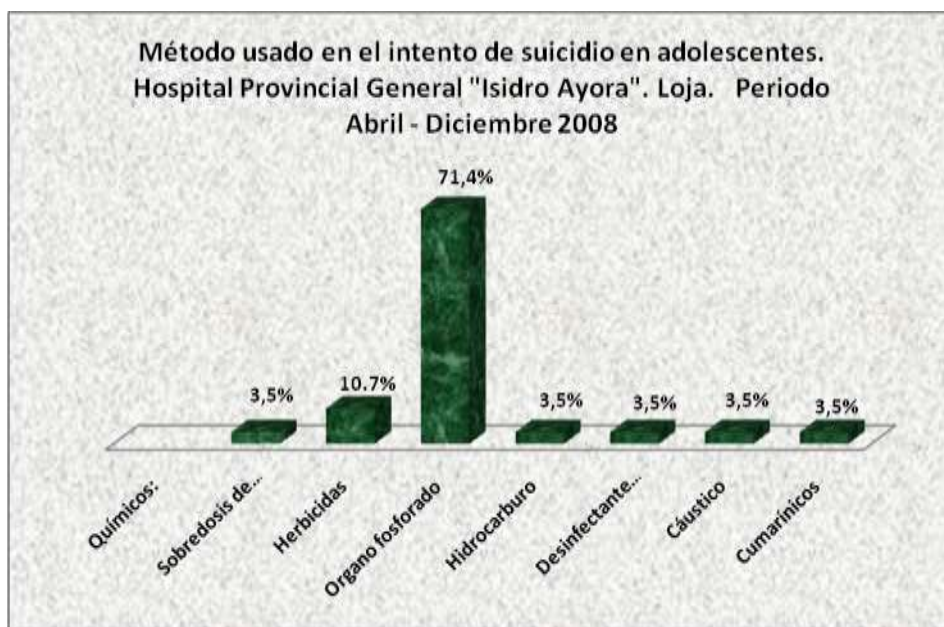
En cuanto a los factores económicos asociados 23 adolescentes que corresponden al 82% de los casos no presentaron problemas en este ámbito; sin embargo el 18% con 5 casos restantes mencionó su falta de recursos; lo que también podría sumarse como factor asociado para el intento suicida.

Cuadro N°13: Método usado en el intento de suicidio en adolescentes. Hospital Provincial General "Isidro Ayora". Loja. Periodo Abril - Diciembre 2008

Métodos	Frecuencia	Porcentaje%
Químicos:		
Sobredosis de medicamentos	1	3,57
Herbicidas	3	10,71
Organofosforado	20	71,43
Hidrocarburo	1	3,57
Desinfectante (creso)	1	3,57
Cáutico	1	3,57
Cumarínicos	1	3,57
Físicos:		
Arma de fuego	0	0,00
Arma blanca	0	0,00
Ahorcamiento	0	0,00
Ahogamiento	0	0,00
Precipitaciones de altura	0	0,00
TOTAL	28	100,00

Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A
 Elaboración: Patricia Tamayo A.

Gráfico N°13



Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A
 Elaboración: Patricia Tamayo A.

Entre los métodos usados por los adolescentes para intento de suicidio se presentaron los químicos (plaguicidas) de los cuales 20 casos correspondientes al 71,4% fueron por intoxicación por organofosforados, seguido por intoxicación con herbicidas con 3 casos correspondiente al 10,7%; los casos restantes intoxicación por otros químicos.

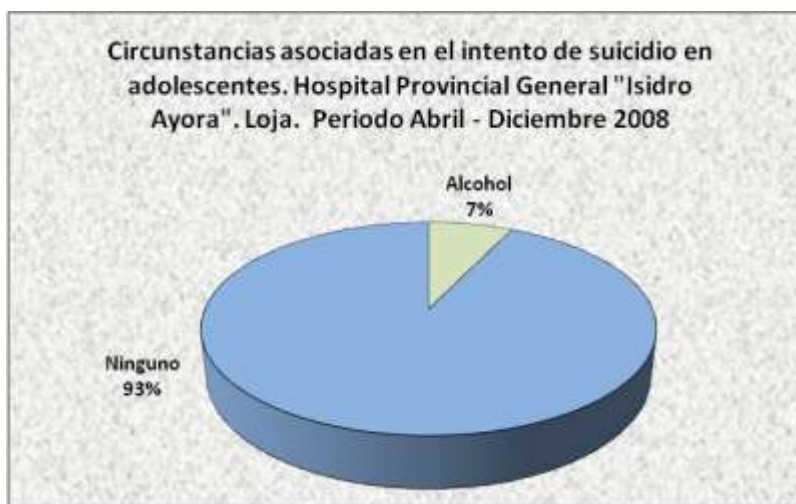
Cuadro N°14: Circunstancias asociadas en el intento de suicidio en adolescentes. Hospital Provincial General "Isidro Ayora". Loja. Periodo Abril - Diciembre 2008

Circunstancia	Frecuencia	Porcentaje%
Alcohol	2	7,14
Drogas	0	0,00
Ninguno	26	92,86
TOTAL	28	100,00

Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

Gráfico N°14



Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

Dentro de las circunstancias asociadas al intento de suicidio al momento de tomar la decisión de intentar suicidarse el 7% (2 casos) estaba bajo la influencia del alcohol y el resto de los pacientes 93% no se encontraba bajo el efecto de ninguna sustancia que podría haber potenciado los efectos adversos de una intoxicación.

Cuadro N°15: Condición al egreso de los adolescentes con intento de suicidio. Hospital Provincial General "Isidro Ayora". Loja. Periodo Abril - Diciembre 2008

Condición	Frecuencia	Porcentaje%
Alta	23	82,14
Abandono del hospital	4	14,29
Fallecido	0	0,00
Referido a otra unidad	1	3,57
TOTAL	28	100,00

Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

Gráfico N°15



Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

En relación a la condición de egreso de los adolescentes el 82% (23 casos) fueron dados de alta, 14% (4 casos) abandonaron el hospital y 4% (1 caso) fue transferido a otra unidad para tratamiento específico (diálisis).

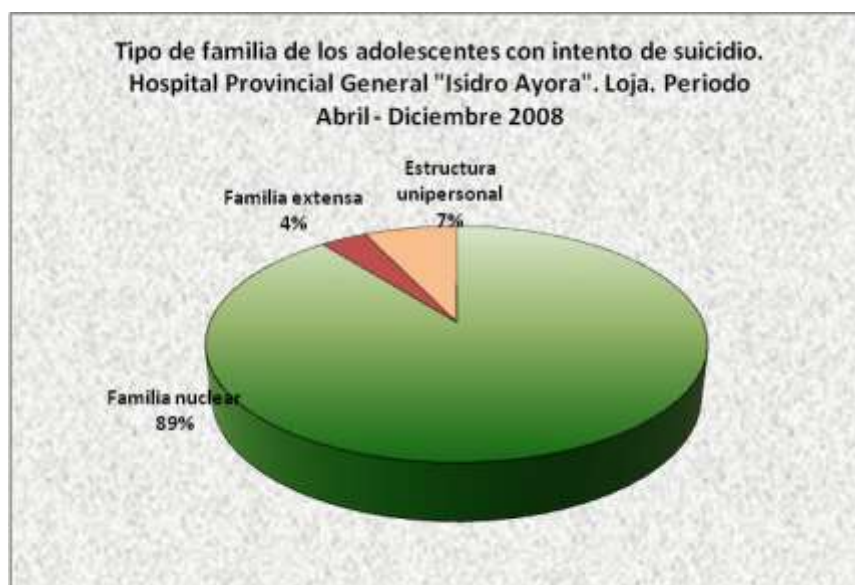
Cuadro N°16: Tipo de familia de los adolescentes con intento de suicidio. Hospital Provincial General "Isidro Ayora". Loja. Periodo Abril - Diciembre 2008

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje%
Familia nuclear	25	89,29
Familia simultánea	0	0,00
Familia extensa	1	3,57
Familia monoparental	0	0,00
Estructura unipersonal	2	7,14
TOTAL	28	100,00

Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A

Elaboración: Patricia Tamayo A.

Gráfico N°16



Fuente: Historias Clínicas de pacientes ingresados por intento de suicidio en el H.P.G.I.A
Elaboración: Patricia Tamayo A.

Con respecto al tipo de familia de los adolescentes con intento de suicidio el 89% de los casos tienen familia nuclear con 25 casos, el 7% (2 casos) corresponde a estructura unipersonal y el 4% (1 caso) con familia extensa; lo que da una visión de que las dificultades familiares constituyen el factor más importante en cuanto al suicidio e intento del mismo ya que proporciona elementos de riesgo o de protección.

DISCUSIÓN

En el presente estudio el grupo de edad más afectado con intento de suicidio son los adolescentes mayores representando más de dos tercios de los casos; lo que corresponde con un estudio realizado en Managua en el Hospital Roberto Calderón en donde la mayoría de casos de intento de suicidio se presentaron en adultos jóvenes y adolescentes; según el resumen del capítulo VII del "Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud 2003" de la Organización Panamericana de la Salud los casos de suicidio tienden a aumentar con la edad y el suicidio en la infancia constituye un hecho aislado siendo raros los casos de suicidio en menores de 12 años; sin embargo el mismo informe señala que las tasas de suicidio son más elevadas en personas mayores pero el número absoluto de casos registrados en quienes tienen menos de 45 años de edad es en realidad más alto; clasificándolo al Ecuador dentro de los países y zonas en los que las tasas actuales de suicidio e intento del mismo son más altas en las personas por debajo de los 45 años que en quienes sobrepasan esta edad.

En relación al género los intentos de suicidios se presentan con mayor frecuencia en mujeres que en hombres lo que coincide con el estudio realizado por Rafael Tuesca (Barranquilla-Colombia 2003) en donde señala que las mujeres intentan suicidarse más que los hombres con una relación de 3:1, una de las posibles explicaciones de este hecho consiste en que la mujer use la tentativa de suicidio como expresión de estrés y como forma de pedir ayuda y a su vez los hombres logran el suicidio con una relación 3:1; correspondiendo igualmente al reporte de la OPS (2003) en donde las tasas de suicidio de los hombres son superiores a las observadas en las mujeres.

La procedencia en su mayoría corresponde al área urbana, lo que corresponde con lo citado por Vilar Roger de la Universidad Autónoma de México (UNAM), 2007 en donde revela el fenómeno del comportamiento suicida como un evento urbano; en general se puede decir que las tasas de suicidio y de las tentativas al mismo son más altas en las áreas urbanas siendo más elevadas cuando mayor es el número de habitantes de la ciudad; siendo el caso de nuestros adolescentes que según la Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud del Ecuador la distribución de la población adolescente en razón de su lugar de vivienda es de 63.40% urbano y 36.59% rural.

El grado de escolaridad que predomina en los adolescentes con intento de suicidio es el secundario, seguido por el primario y el superior en orden de frecuencia; tomando en cuenta de que en todos los casos de intento de suicidio son estudiantes con algún nivel de estudios que podría estar afín con problemas en los mismos constituyéndose como un factor de riesgo; éste dato se relaciona con un estudio realizado por la Dra.

Irene Sáenz y col. en el Hospital Dr. Leopoldo Manrique Terrero, Caracas-Venezuela, 2003 en el cual dentro de los motivos desencadenantes están los problemas con los estudios en el tercio de los casos.

Con relación al estado civil de los adolescentes la mayoría son solteros, relacionándose con los grupos de edades más afectados lo cual coincide con el estudio realizado por Rafael Tuesca en el Hospital Universitario de Barranquilla (2003) en donde indica que las personas solteras tienen mayor predisposición al intento suicida ya que se encuentran solos y los sentimientos de tristeza los hacen más vulnerables, considerándose al matrimonio como factor protector para el intento de suicidio quizás esté en conexión con el sentido de responsabilidad frente a los hijos y el estar conviviendo con otra persona.

Con respecto a la fecha de ocurrencia del intento de suicidio, los días en que más se presentan son: jueves, viernes, sábado y domingo coincidiendo con el estudio en el Hospital Roberto Calderón de Managua con respecto al comportamiento cultural de las personas en los fines de semana, días de diversión con mayor consumo de alcohol o drogas y los meses con más frecuencia de intento de suicidio fueron abril, junio y diciembre. En relación a las horas de ocurrencia del intento de suicidio, la mayoría se presentaron por la tarde y la noche, que significa los dos tercios de tiempo del día en donde por el actual ritmo de vida de padres y familiares de los adolescentes por lo general no se encuentran en casa predisponiendo a los mismos a conductas suicidas.

La mayoría de los intentos suicida ocurren en el domicilio correspondiendo con el estudio realizado por la Dra. Jacqueline Martínez en el Hospital Roberto Calderón. Managua (2006) que señala que la casa es un ambiente propio para desarrollar relaciones agradables, o desagradables como conflictos conyugales y violencia intrafamiliar que pueden desencadenar intentos suicidas.

En cuanto a los factores presentes en el intento de suicidio se encuentran en la mayoría de los casos los conflictos familiares (falta de comunicación, violencia intrafamiliar, desestructuración por migración), lo que coincide con estudios realizados por la Dra. Gina Beltrán en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de Guayaquil en su artículo "Adolescentes Suicidas" (2002), de la misma manera en la "Guía de orientación para la atención de adolescentes de conducta suicida" efectuada por la Dra. Irene Sáenz (Caracas-Venezuela 2003) en donde la totalidad de casos de adolescentes con intento suicida tenían baja autoestima y problemas de comunicación familiar.

Así mismo la depresión constituye el principal factor bio-psicológico presente lo que también coincide con datos aportados por la OPS quien revela que la depresión constituye el 65 % de los intentos suicidas y del 30 al 90 % de suicidio; además la presencia de estos dos factores: los conflictos familiares y la depresión se relaciona con el grupo de edad más afectado: los adolescentes, según la Asociación Médica Mundial en la Declaración de Políticas sobre el suicidio de Adolescentes (2006).

El método más utilizado para realizar el intento de suicidio es el uso de plaguicidas como los Organofosforados y Herbicidas, correspondiendo al estudio realizado por la Dra. Jacqueline Martínez (2006) en donde la mayoría de los casos fue envenenamiento por inhibidores de la colinesterasa; a esto habría que agregarle el fácil acceso que tienen las personas a dichos productos. Según las circunstancias asociadas al intento de suicidio un bajo porcentaje presenta consumo de alcohol en el momento del acto; dato que no coincide con el estudio anteriormente citado en donde el abuso del alcohol y drogas ilegales se registró en más de la mitad de los casos.

En cuanto a la condición de egreso de los pacientes con intento de suicidio la mayoría fueron dados de alta, algunos abandonaron el hospital sin autorización médica y un paciente fue transferido al Hospital del IESS por poseer seguro social.

El tipo de familia que prevalece en su mayoría es de tipo nuclear seguido por tipologías familiares no nucleares: estructura unipersonal y extensa; según el estudio realizado por la Dra. Gina Beltrán (2002) menciona que las dificultades de la familia constituyen el factor más importante en cuanto al suicidio adolescente; de igual manera en un estudio realizado en el estado de Sonora-México por la Universidad Veracruzana en el 2007 a los adolescentes establece que la familia y la escuela proporcionan elementos de riesgo o de protección, según el caso, al encontrar que la principal causa para idear el suicidio entre las mujeres tiene su base en la familia, considerando que esta se halla en decadencia y crisis.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

Del estudio Evaluación del intento de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital Provincial General "Isidro Ayora" de la ciudad de Loja. Periodo Abril a Diciembre 2008, se concluye lo siguiente:

1. Se identificó que el grupo de edad más afectado por los intentos de suicidio son los adolescentes mayores de 15 a 19 años, sexo femenino, de procedencia urbana, con escolaridad secundaria, de ocupación estudiantes, solteros. Prefiriendo los fines de semana, los meses de abril, junio y diciembre así como las horas de la tarde y su domicilio para realizar el intento de suicidio.
2. Según los factores asociados al intento de suicidio se encontró presente principalmente los conflictos de familia (falta de comunicación, violencia intrafamiliar, desestructuración por migración), problemas con los estudios, la depresión y baja autoestima, la mayoría de los adolescentes arremetieron contra su vida por primera ocasión.
3. El método más utilizado para el intento de suicidio fue el químico con la ingesta de Organofosforados y Herbicidas; sin existir circunstancias asociadas como consumo de alcohol o drogas en el momento del acto.
4. La mayoría de los adolescentes fueron dados de alta, algunos abandonaron la unidad hospitalaria, pero no existieron suicidios consumados.
5. El tipo de familia de los adolescentes que intentaron suicidarse fue nuclear en mayor frecuencia; seguido de tipos no nucleares como la extensa y estructura unipersonal.

RECOMENDACIONES:

A nivel Gubernamental:

- Ejecutar procesos de evaluación y control a los expendios de plaguicidas evitando la libre comercialización de los mismos para fines autodestructivos especialmente con los *Órganosfosforados*.
- Divulgación e implementación de políticas y planes nacionales para la prevención del suicidio a nivel multisectorial.
- Restringir en los medios de comunicación la promoción de bebidas alcohólicas y estilos de vida no saludables.
- Promoción del desarrollo humano y calidad de vida a través de alternativas educativas, laborales, sociales y de salud a la población.

A nivel del Sistema de Salud:

- Garantizar la existencia y funcionamiento de un equipo completo de Salud Mental en las unidades hospitalarias.
- Entrenamiento y sensibilización del personal de salud hospitalario con énfasis en el seguimiento de pacientes con intento de suicidio a través de la adecuada referencia y contrarreferencia.
- Coordinación multisectorial para el apoyo y tratamiento de las poblaciones en riesgo de intento suicida, sobrevivientes, familiares, amigos y comunidad.

A los Pacientes y Familiares:

- Los pacientes y/o la familia deben buscar ayuda psicológica en las unidades de salud ante la idea y/o sospecha de intento de suicidio a consecuencia de problemas como: conflictos familiares, conyugales, estados depresivos, alcoholismo o de otra índole.

- La familia debe sensibilizarse y comprometerse con el paciente mejorando la comunicación para estimularlo en su tratamiento y rehabilitación.
- El paciente y la familia deben involucrarse en actividades recreativas de su comunidad y establecer redes de autoayuda.

BIBLIOGRAFÍA:

- ✚ **Behrman L, Kliegman J.** Nelson Tratado de Pediatría. 17^a ed. España: Elsevier; 2004.

- ✚ **Beltrán** Baquerizo Gina, Adolescentes suicidas: un abordaje desde la terapia familiar sistémica. Estudio realizado en el Hospital Lorenzo Ponce. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. [internet]; 2002. Disponible en: <http://www.psicologiapediatria.html>

- ✚ **Bobó** Gloria. Adolescencia. [internet]; 2007. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/adolescencia-crisis/shtml>

- ✚ **Callabed J.** Desarrollo psicosocial del adolescente. En: M. Cruz Hernández, editor. Tratado de Pediatría. 9^a ed. Barcelona –España: Océano; 2007. p.881-882.

- ✚ **Castells P.** Terreno de la paidopsiquiatría. En: M. Cruz Hernández, editor. Tratado de Pediatría. 9^a ed. Barcelona –España: Océano; 2007. p.1731-1740.

- ✚ **Cruz D.-Martínez.** Trastornos de la conducta en la adolescencia. En: M. Cruz Hernández, editor. Tratado de Pediatría. 9^a ed. Barcelona –España: Océano; 2007. p.888-890.

- ✚ **Diario El Mercurio.** Estudio sobre depresión infantil. Cuenca-Ecuador [internet] 2005. Disponible en: <http://www.elmercurio.com.ec>

- ✚ **Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud.** Manual de normas y procedimientos para la atención integral de los y las adolescentes. Quito- Ecuador: MSP; 2005.

- ✚ **F. Muñoz** García. Niños, Adolescentes y medios de comunicación. AAP [internet]; 2005. Disponible en: <http://docs.yahoo.com/docs/pr/release1107.html>

- ✚ **Favazza A,** Self-mutilation., ed. The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention. San Francisco, CA, Jossey-Bass Publishers. [internet]. Disponible en: <http://www.psicologiapediatria.html>

- ✚ **M. Hernández-Rodríguez.** Adolescencia. Características fisiopatológicas generales. En: M. Cruz Hernández, editor. Tratado de Pediatría. 9^a ed. Barcelona –España: Océano; 2007. p.872-880.

- ✚ **Maida** Ana Margarita, Adolescencia. Departamento de Pediatría Oriente, Universidad de Chile, Hospital Luis Calvo Mackenna. [internet]; 2004. Disponible en: <http://www.psicologiapediatria.html>
- ✚ **Meneghello R.** Pediatría. Vol.2. 5ª ed. Argentina: Panamericana; 1997.
- ✚ **Menéndez** Isabel. Adolescencia: crisis necesaria. Psicosalud [internet] 2007. Disponible en: <http://www.psicologoinfantil.com>
- ✚ **Pou J, Luaces C.** Accidentes infantiles. Intoxicaciones. En: M. Cruz Hernández, editor. Tratado de Pediatría. 9ª ed. Barcelona –España: Océano; 2007. p.2071-2089.
- ✚ **Sáez** García Irene, Informe sistémico integrado aplicado al trabajo con adolescentes de conducta suicida. Hospital “Dr. Leopoldo Manrique Terrero”- [CD-ROM]. Caracas, Venezuela: Editorial Médica Panamericana; 2003.
- ✚ **Toro J.** Trastornos depresivos. En: M. Cruz Hernández, editor. Tratado de Pediatría. 9ª ed. Barcelona –España: Océano; 2007. p.1746-1748.
- ✚ **University** of Virginia Health System [internet]. Virginia: University of Virginia; [actualizado 6 de noviembre de 2007]. La medicina del Adolescente, Suicidio del Adolescente; Disponible en: <http://www.healthsystem.virginia.edu/toplevel/home.cfm>
- ✚ <http://www.oms.com>
- ✚ <http://www.ops.com>

ANEXOS

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Objetivo 1: Conocer las características demográficas de los adolescentes atendidos por intentos de suicidio y suicidio consumado.

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA DE MEDIDA
Edad	Años de vida de una persona desde el nacimiento.	Adolescentes menores Adolescentes mayores	10 a 14 años 15 a 19 años
Sexo	Característica genotípica y fenotípica que determinan a una persona.	Masculino Femenino	
Procedencia	Lugar de origen habitual y actual al momento del estudio.	Urbano Rural Urbano marginal	
Escolaridad	Grado académico alcanzado.	Primaria Secundaria Universitario Ninguna	
Ocupación.	Tipo de actividad laboral que realiza actualmente.	Estudiante Trabajador Ninguna	
Estado Civil	Condición de cada individuo con relación a los derechos y deberes civiles	Soltero Casado Unión libre	
Fecha del intento de suicidio	Periodo de 24 horas/día de la semana, cada una de las 12 partes del año, en que se provocó la lesión.	Día de la semana Mes del año	Lunes a Domingo Abril a Diciembre
Hora del intento de suicidio	Lapso de tiempo comprendido en las 24 horas del día en que se provoco la lesión	Mañana Tarde Noche	00:00 a 12:00 horas 13:00 a 18:00 horas 19:00 a 24:00 horas
Lugar de ocurrencia del intento de suicidio	Espacio físico donde la persona se encontraba al momento de provocarse la lesión	En domicilio Fuera del domicilio	
Intento de suicidio	Acto mediante el cual un individuo utiliza un método para quitarse la vida y acude al hospital con vida	Diagnostico de Intento de Suicidio	

Objetivo 2: Identificar factores sociales, biopsicológicos y económicos que determinaron los intentos de suicidio en los pacientes estudiados

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA DE MEDIDA
Factores sociales	Situación social en que vive el individuo en la comunidad	Conflicto familiar severo Problemas de comunicación familiar Violencia intrafamiliar Problemas con los estudios Problemas sentimentales Autoestima Baja Problemas para relacionarse con los demás Alcoholismo Drogadicción Abuso Sexual Abuso Físico Divorcio de padres Migración de padres u otro miembro de la familia Problemas con la justicia	Presencia Ausencia (datos extraídos de la anamnesis de la historia clínica y de la hoja de interconsulta de Psiquiatría)
Factores biopsicológicos	Predisposición de cada individuo a la situación de problemas	Depresión Frustración Ansiedad Conducta impulsiva Presiones para triunfar Estrés por fallecimiento de un ser querido Epidemias como VIH/SIDA Enfermedades crónicas terminales Discapacidad Antecedente de intento suicida	Presencia Ausencia (datos extraídos de la anamnesis de la historia clínica y de la hoja de interconsulta de Psiquiatría)
Factores económicos	Situación financiera que vive cada uno de los pacientes con conducta suicida	Falta de recursos Deudas Desempleo Otros	Presencia Ausencia (datos extraídos de la anamnesis de la historia clínica y de la hoja de interconsulta de Psiquiatría)

Objetivo 3: Conocer el método más utilizado por este grupo poblacional para autoeliminarse.

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA DE MEDIDA
Método utilizado	La manera que utilizó el paciente para provocarse la lesión	Método Químicos: Sobredosis de medicamentos Plaguicidas: Herbicidas Organofosforados Otros Métodos Físicos: Arma de fuego Arma blanca Ahorcamiento Ahogamiento Precipitaciones de altura	Si No (datos extraídos de la anamnesis de la historia clínica y de la hoja 008 de Emergencia)
Circunstancias asociadas	Signos y Síntomas presentados o referidos por el paciente a su ingreso que demuestren uso de alcohol o algún tipo de droga ilegal registrado en su historia clínica	Uso de alcohol Uso de droga ilegal	Si No (datos extraídos de la anamnesis de la historia clínica y de la hoja de interconsulta de Psiquiatría)
Condición al egreso	Forma en que egresó el paciente del hospital	Alta Abandono Fallecido Referido a otra unidad	Si No (datos extraídos de las hojas de evolución diaria de la historia clínica)

Objetivo 4: Determinar la estructura familiar de los adolescentes en estudio.

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA DE MEDIDA
Tipo de familia	Personas que conviven en una misma unidad residencial entre las cuales existen lazos de dependencia y obligaciones recíprocas y que, por lo general, pero no siempre, están ligadas por lazos de parentesco.	Familia nuclear Familia simultánea Familia extensa Familia monoparental Estructura unipersonal	Presencia Ausencia (datos extraídos de la anamnesis de la historia clínica y de la hoja de interconsulta de Psiquiatría)



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



Este documento recolecta la información documentada en la historia clínica de los adolescentes ingresados por intento de suicidio en el Hospital Provincial General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, durante el periodo comprendido abril a diciembre de 2008 para fines de estudio.

I. DATOS GENERALES:

1. Número de Historia Clínica: 2. Fecha de ingreso:.....

II. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:

1. Edad:años

2. Sexo: Masculino Femenino

3. Procedencia: 1. Urbana 2. Rural 3. Urbano-marginal

4. Lugar de residencia:

.....

5. Escolaridad: 1. Primaria 2. Secundaria 3. Universitario 4. Ninguna

6. Ocupación: 1. Estudiante 2. Trabajador 3. Ninguna

7. Estado civil: 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre

8. Fecha de la lesión:

9. Hora de la lesión: AM PM

10. Lugar donde ocurrió el hecho: 1. Casa 2. Escuela 3. Calle

4. Trabajo 5. Otros

11. Diagnóstico de intento de suicidio:

III. FACTORES ASOCIADOS:

III. A. Factores sociales:

A.1. Conflicto familiar severo: si no

A.2. Problemas de comunicación familiar: si no

A.3. Violencia intrafamiliar: si no

A.4. Problemas con los estudios: si no

- A.5. Problemas sentimentales: si no
- A.6. Autoestima Baja: si no
- A.7. Problemas para relacionarse con los demás: si no
- A.8. Alcoholismo: si no
- A.9. Drogadicción: si no
- A.10. Abuso Sexual: si no
- A.11. Abuso Físico: si no
- A.12. Divorcio de padres: si no
- A.13. Migración: 1. padre 2. madre 3. otros cuál?.....
- A.14. Problemas con la justicia: si no

III. B. Factores Bio-psicológicos:

- B.1. Depresión: si no
 - B.2. Frustración: si no
 - B.3. Ansiedad: si no
 - B.4. Conducta impulsiva: si no
 - B.5. Presiones para triunfar: si no
 - B.6. Estrés por fallecimiento de un ser querido: si no
- Si la respuesta es si especifique según las opciones:
 Madre Padre Hermano Otros: cuál?
- B.7. Epidemias como VIH/SIDA: si no
 - B.8. Enfermedades crónicas terminales: si no
 - B.9. Discapacidad: si no
 - B.10. Antecedente de intento suicida previo: 1. 2. 3 o más. Ninguno

III.C. Factores económicos:

- Falta de recursos Deudas Desempleo Otros
- Cuáles?.....

IV. MÉTODO UTILIZADO:

IV.A. Métodos Químicos:

- Sobredosis de medicamentos Plaguicidas: Herbicidas Organofosforado
- Otros: cuáles?.....

IV.B. Métodos Físicos:

- Arma de fuego (disparo) Arma blanca (cortadura) Ahorcamiento
- Ahogamiento Precipitaciones de altura otros cuáles?.....

IV.C. Circunstancias asociadas:

C.1. Uso de alcohol: si no

C.2. Uso de drogas: si no

V. Condición al egreso:

Alta Abandono del hospital Fallecido Referido a otra unidad

VI. Tipo de Familia:

Familia nuclear

Familia simultánea

Familia extensa

Familia monoparental padre madre razón.....

Estructura unipersonal

Observaciones:

.....
.....
.....