

INTRODUCCION

Los intentos de suicidio en adolescentes se han convertido en un problema grave de salud pública a nivel mundial, nacional y local ya que se encuentra entre las tres primeras causas de morbi-mortalidad en este grupo etéreo, en la ciudad de Ibarra según las estadísticas proporcionadas por miembros del departamento de estadística del hospital San Vicente de Paul de enero hasta agosto de este año se han registrado 240 casos de intentos autolíticos de los cuales dos han fallecido.

La adolescencia es una etapa de la vida con muchas potenciales para desarrollar una existencia creativa por la que atravesamos todos los seres humanos en esta etapa se presenta en los jóvenes cambios difíciles que les produce ansiedad y depresión hasta llegar en muchas ocasiones a una tentativa de suicidio.

El suicidio en adolescentes es un tema que suele callarse y evadirse pues impacta y cuestiona el sistema familiar y social en el que vivimos, sin embargo es importante conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción así como saber cuál es el significado de este acto y como puede prevenirse. Es por este motivo que nos inclinamos por este tema de investigación.

Esta investigación se desarrolla en cuatro capítulos: El capítulo I trata sobre el planteamiento del problema, en el que se detalla la problemática de los intentos de suicidio en adolescentes.

En el capítulo II se detalla el marco teórico en el que intervienen gran variedad de temas y subtemas relacionados con el suicidio en los adolescentes entre los cuales se destaca los tipos de suicidio, factores que influyen en el intento suicida, antecedentes familiares suicidas, prevención y tratamiento, en este capítulo además se incluye las variables con su respectiva operacionalización.

En el capítulo III se desarrolla los materiales y métodos de la investigación: Las jóvenes en estudio son estudiantes del tercer año de bachillerato del Colegio Nacional Ibarra, es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal cualicuantitativo, no experimental en el que buscamos determinar las causas que inciden en los intentos de suicidios, para recolectar la información para nuestra investigación usamos parte del formulario SRQ que es el sondeo rápido de problemas mentales y usamos la evaluación del APGAR familiar, trabajamos con una población de 503 estudiantes de tercer año de bachillerato de las secciones diurna y nocturna, a la misma que se le aplicó una fórmula para calcular una muestra de la resultaron 175 a las que se les aplicó la encuesta.

Y para finalizar el capítulo IV describe el marco administrativo es decir los recursos humanos, materiales, los productos de nuestra investigación como son la guía preventiva de nombre “No Le Pierdas El Hilo A Tu Vida” y los trípticos con información de enfoque preventivo, además se incluye el cronograma de actividades, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

RESÚMEN

Al realizar este trabajo fuimos conscientes del grave problema que atraviesan varios jóvenes hoy en la actualidad, es por eso que nos propusimos: determinar los factores socio-demográficos, psicológicos, familiares que inciden, en los estudiantes del Colegio Nacional Ibarra a tener ideas suicidas, a la vez mediante el desarrollo de un plan de intervención difundir temas de interés en el aspecto preventivo. El trabajo se desarrollo en el Colegio Nacional de Srtas. Ibarra, de la ciudad de Ibarra, de la provincia de Imbabura con jóvenes estudiantes del tercer año de Bachillerato; fue necesario usar materiales de oficina, electrónicos, computarizados. El Tipo de Investigación fue de tipo descriptivo de corte transversal, cuali-cuantitativo, no Experimental en el que buscamos determinar las causas o factores que inducen a los intentos de suicidio de las estudiantes; usamos técnicas como entrevistas y encuestas, aplicamos formularios de (SRQ), y evaluación del APGAR familiar que poseen una confiabilidad del 95%. Se trabajó con una muestra de 175 alumnas del 3er año de bachillerato, a las cuales se aplicó los encuestas manejando las siguientes variables: dependiente detección temprana de intentos de suicidio e intervinientes: edad, estado civil, zona geográfica, factor socioeconómico; variables independientes tenemos: perfil biopsicosocial; luego de procesar la información con una base de datos en el programa EXCEL versión 2007 se procedió a un análisis univariado y bivariado, para obtener tablas y gráficos y los siguientes resultados: más de la mitad son mayores de 16 años de edad, casadas solo un 2,3%; viven en hogares organizados solo un poco más de la mitad de las encuestadas; la quinta parte vive en el sector rural y la tercera parte no dispone de todos los servicios básicos. Al analizar el APGAR familiar se constató que existen problemas ya que la tercera parte tienen una familia de moderadamente funcional a severamente disfuncional, es decir hace comunicación y apoyo de los padres a las chicas. Mediante el instrumento SRQ se notó que más de la mitad tienen periodos depresivos y ansiedad mal controlada, no puede tomar decisiones. Existe incremento en el apetito debido al desarrollo y cambios hormonales. La tercera parte de jóvenes se han sentido inútiles, que no valen nada y es por eso que el **25.7% tienen ideas suicidas**, Mas de la mitad son pesimistas ante un futuro. Se noto que la tercera parte tienen cansancio físico, mental, tienen problemas para recordar hechos relevantes en su vida y dificultad para su concentración. Se analizó la esquizofrenia y se noto una cantidad apreciable de las alumnas que señalan tener poderes especiales, han notado algo raro en sus pensamientos y escuchan voces. En conclusión se logró determinar que la cuarta parte de las alumnas ya han tenido ideas de terminar con su vida, comprobándose que son por los siguientes factores: falta de apoyo en la familia, ya que viven dentro de una familia severamente disfuncional y moderadamente funcional, se siente inútiles, existen antecedentes familiares; el factor económico no incide mayormente.

SUMMARY

In undertaking this work we became aware of the serious problem that many young people today go through now, that's why we set ourselves: to determine the socio-demographic, psychological, family impact at the National College students have suicidal thoughts Ibarra, both by developing a contingency plan to disseminate topics of interest in the preventive aspect. The work took place in the National College of Misses. Ibarra, of the city of Ibarra, Imbabura province with young students in the third year of high school, was necessary to use office supplies, electronics, computer. The type of research was a descriptive cross-sectional, qualitative and quantitative, Experimental in which we seek to determine the causes or factors leading to suicide attempts of the students, we use techniques such as interviews and surveys, we applied forms (SRQ), assessments of suicidal ideation scale (EIS) and evaluation of family APGAR have a reliability of 95%. We worked with the entire population of 100 students from the 3rd year of high school, which was applied to the driving surveys the following variables: dependent on early detection of suicide attempts and participants: age, gender, marital status, geographical area , socioeconomic factors, independent variables are: biopsychosocial profile, then processing the information with a database in an Excel 2007 version we proceeded to univariat and Bivariate analysis, for tables and graphs and the following results: over half are over 16 years old, married only 2.3% live in households organized just over half of respondents, the fifth of whom live in the rural sector and the third did not have all the basic services . In analyzing the family APGAR was found that there are problems since the third have a family of moderately to severely dysfunctional functional, makes communication and parental support for girls. By the instrument SRQ was noted that more than half have periods of depression and anxiety poorly controlled, can not make decisions. There is increased appetite due to hormonal change and development. A third of young people have felt useless, worthless and that is why 25.7% have suicidal thoughts, more than half are pessimistic about the future. It was noted that the third party are physical fatigue, mental, have trouble remembering significant events in his life and difficulty in concentration. Schizophrenia was analyzed and noticed a significant amount of students who show special powers, have noticed something strange in his thoughts and hearing voices. In conclusion it was determined that a quarter of the students have had thoughts of ending her life, proving that they are by the following factors: lack of support in the family, living in a severely dysfunctional family and moderately functional feel useless, a family history, the economic factor does not affect most.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema:

Los Intentos de suicidio, se han convertido en un problema grave de Salud Pública a nivel mundial, ya que se encuentra entre las primeras causas de morbi-mortalidad en los adolescentes.

“La conducta suicida supone un problema de salud pública de primer orden para todos los países, debido al número de personas afectadas por año. No obstante, poder determinar el número exacto de personas afectadas es difícil por las dificultades metodológicas que existen. Además, hay una variación considerable en las tasas de suicidio o de intentos de suicidio entre los distintos países. Se puede decir que en países como Escandinavia, Finlandia, Suiza, Alemania, Austria o Europa del Este, tienen tasas de suicidio elevadas, por encima de 25/100.000 habitantes y España, Italia o Egipto, tasas por debajo de 5/100.000 habitantes.

Estados Unidos está en una situación intermedia. Sin embargo, estas cifras sólo reflejan una parte del problema, ya que según la OMS, aproximadamente 10,2 millones de personas en todo el mundo realizan algún tipo de conducta autolítica que requiere atención médica, y cerca de 30 millones estarían en riesgo de tener este tipo de conductas, aunque no reclamen atención médica”.¹

¹ www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25

En el Ecuador según el INEC desde el año 2000 al 2005 los suicidios aumentaron en un 73.5% mediante un apoyo científico estas estadísticas pueden darnos una amplitud de la realidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es la tercera causa de muerte en personas de 15 a 44 años, y la octava razón de fallecimiento en el mundo. En Ecuador, el fenómeno ha ido en aumento, según reportes estadísticos de la Policía Nacional y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Mientras en 1995, la tasa de suicidios era de 4,8 en un total de 100 mil personas, en el 2005 esa cifra aumentó a 6,5. Aunque no existen estudios que relacionen directamente las causas del suicidio con la migración y la separación familiar, es claro que para los ecuatorianos estos últimos años no han sido nada fáciles: el país atravesó una de las peores crisis de la historia tras el cierre de una veintena de bancos y como consecuencia de este colapso financiero miles de personas salieron a buscar un futuro mejor en España, Italia y Estados Unidos. Según datos de la Dirección Nacional de Migración, en el año 2000 se reportó la mayor emigración de ciudadanos, con la salida de 148.367 personas”.²

Un estudio de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso), indica que las provincias con la tasa más altas de suicidios son Azuay, Cañar, Carchi, Imbabura, Pichincha y Morona Santiago. Precisamente Azuay, Cañar y Pichincha son poblaciones donde se registra una alta emigración en relación a otras provincias. Henry Ochoa, coordinador de socorro de la Cruz Roja, señala que cada año este organismo atiende unas 400 tentativas de suicidio. Sólo en el 2007, en Pichincha, la Policía Judicial registró 139 suicidios y entre el 25 y 30 por ciento de los fallecidos eran adolescentes.

² www.enlatino.com/aumentansuicidios-en-ecuador

“En la ciudad de Ibarra, según las estadísticas proporcionadas por el Hospital San Vicente de Paúl, HSVP, de enero hasta agosto de este año, se han registrado 240 casos de intentos autolíticos (suicidios), que han ingresado a esta casa de salud, tanto en consulta externa como por emergencia. De estos, dos han fallecido.

Los porcentajes y promedios. De acuerdo al informe proporcionado por José Hidrobo, encargado de estadísticas del HSVP, de este total de intentos de suicidios el 65% corresponde a personas que su edad fluctúa entre los 13 a 19 años y el 35 % restante comprende edades de entre 20 a 49 años de edad.

Según Hidrobo, en los meses de enero y agosto se han registrado 35 casos de intentos de suicidios por diferentes causas, siendo estos meses los más altos. Sin embargo al realizar un promedio de enero hasta agosto, suman un total de 240 intentos, que divididos para los ocho meses, equivalen a 30 por mes, es decir un caso de este tipo por día, que ingresa al Hospital San Vicente de Paúl”.³

Es por este motivo luego de lo expuesto que nos planteamos la siguiente interrogante:

1.2 Formulación del problema

¿Cómo Influye el perfil biopsicosocial en la detección temprana e intentos de suicidio en las estudiantes del tercer año de bachillerato del Colegio Nacional Ibarra, en el periodo de Noviembre del 2009 a Agosto del 2010.

³ www.elnorte.ec/noticias.php

1.3.- Justificación

“El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las distintas sociedades lo han materializado hacia las actitudes enormemente variables en función de los principios filosóficos, religioso e intelectuales de cada cultura”.⁴

“Según la Organización Panamericana de la Salud, el problema de los intentos autolíticos ha tomado un ascenso indiscriminado a nivel mundial, regional y local, es una de las patologías mas impactantes que se encuentra entre las primeras causas de morbi-mortalidad, en el año 2002 se registraron 179 casos, mientras que el 2003 cerró con 184. En el 2004 ocurrieron 253, mientras que en el año 2007 se registran 732 casos”.⁵

Es por ello que nosotras, consideramos de manera primordial la realización de esta investigación para determinar los factores de riesgo en los adolescentes, ya que en esta etapa de la vida se encuentra la mayor incidencia de intentos autolíticos.

En el presente trabajo se pretende investigar el perfil biopsicosocial de las adolescentes del 6º de bachillerato del Colegio Nacional Ibarra, en lo que se refiere al riesgo de suicidio, así como corroborar los factores de riesgo, que se encuentren vinculados con esta patología.

En Imbabura existen datos de estudios previos en los cuales se señalan las causas del problema, sin embargo no se dan ninguna respuesta de solución o propuesta que ayude a mitigar la problemática.

⁴ www.portalesmédicos.com/.../Factores-Psicosocioculturales-y-neurobiologicos-de-la-conducta-suicida

⁵ INEC. (2008). Principales de morbilidad masculina año. Edición 2008. Edit. INEC

Es por este motivo como estudiantes de enfermería, nos preocupa el futuro de la adolescencia Ecuatoriana y especialmente Imbabureña, por lo que buscaremos alianzas estratégicas para mitigar la problemática actual, cuyo objetivo busca identificar y disminuir los intentos autolíticos en la población adolescente de la ciudad de Ibarra, y así bajar las tasas de morbi-mortalidad en el país y la provincia.

1.4. Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- Prevenir los intentos de suicidio en base al perfil biopsicosocial de las estudiantes de tercer año de bachillerato del Colegio Nacional Ibarra de la Provincia de Imbabura-Ecuador, de Noviembre 2009 - Agosto del 2010.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar los factores socio-demográficos que inciden, en los estudiantes del Colegio Nacional Ibarra a tener ideas suicidas.
- Determinar de que manera los factores psicológicos influyen en la incidencia de los intentos de suicidio en las estudiantes del Colegio Nacional Ibarra
- Determinar si los antecedentes familiares, son un factor importante en la decisión de intentos de suicidio en las estudiantes del Colegio Nacional Ibarra.
- Diseñar y difundir una guía, con temas de interés en el aspecto preventivo, dirigida a las estudiantes del Colegio Nacional Ibarra.

1.5.- Preguntas directrices

- ¿De qué manera el factor social (edad, sexo, estado civil, instrucción de los padres, disfunción familiar o desintegración familiar, zona geográfica) incide en los intentos de suicidio en las estudiantes del Colegio Nacional Ibarra?
- ¿De qué manera los factores económicos (tipo de vivienda, servicios básicos) predisponen a las estudiantes del Colegio Ibarra a cometer intentos de suicidio?
- ¿Los antecedentes familiares inciden sobre la decisión de cometer intentos de suicidios en las estudiantes del Colegio Nacional Ibarra?

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Historia del Colegio Nacional Ibarra

La carrera vertiginosa del tiempo permite hablar al hombre de gloriosos acontecimientos que hoy son historia. El Colegio Nacional de Señoritas "Ibarra", tiene su trayectoria y la cronología es añoranza de grandes recuerdos. Precisamente en el año 1951 cuando el prestigioso maestro don Juan Francisco Cevallos Almeida, fue elegido Diputado del Congreso Nacional por la Provincia de Imbabura, llevó consigo su mayor empeño, accionar por el bien de la educación y su meta fue fundar un Colegio Femenino al servicio de las jóvenes Ibarreñas, quienes tenían como única alternativa las aulas del Colegio "Teodoro Gómez de la Torre". La brillante idea se hizo realidad el 17 de septiembre de 1951, mediante decreto de creación Nro. 1833 firmado por Carlos Tamariz, Ministro de Educación, en la Presidencia del señor Galo Plaza Lasso, identificándole con el nombre de la ciudad, que inicialmente y por 12 años consecutivos funcionó en las aulas del antiguo y ALTIVO TORREÓN.

Precisamente el 7 de enero de 1952, con entusiasmo 11 profesores y 94 alumnas iniciaban sus tareas educativas, considerándolos como maestros fundadores a: Abelardo Moran, Jorge M. Noboa, Pedro Vicente Carrasco, María Luisa Salazar, Mila Ramírez, María Teresa Silva, Zoila América Yépez, Eva María Sánchez, Luz Clemencia Cevallos, Gerardo Acosta y Luis Sotelo, quienes iniciaron la siembra laboriosa en los tres primeros cursos de las secciones Humanidades Modernas, Comercio y Administración y Manualidades Femeninas, La primera Junta General de

Profesores eligió el Consejo Directivo, integrado por Juan Francisco Cevallos, Rector Presidente; Abelardo Moran, Vicerrector; Jorge Noboa, Mila Ramírez, María Luisa Salazar, Vocales Principales. Secretario fue nombrado por el Ministerio el señor Gerardo Acosta, la señorita Luz Clemencia Cevallos, Inspectora General y Colectora la señorita Juana Eskola.

Las necesidades fueron muchas y la escasas presupuestaria también, sin embargo el empeño de nuestro fundador fue tal, que consiguió un Decreto Ministerial a favor del Colegio para cobrar un impuesto adicional a los predios rústicos y urbanos, proyecto aprobado y publicado en el Registro Oficial No. 120 del 23 de enero de 1953, conjuntamente con la asignación del impuesto a los licores y cigarrillos extranjeros establecidos por el Decreto Ejecutivo del 31 de diciembre de 1953 y publicado en el Registro Oficial No. 403. Estas asignaciones permitieron conseguir valiosas adquisiciones.

Pasaron los años y la siembra laboriosa entregó sus primeros frutos a la sociedad Ibarreña, en 1955 egresó la primera promoción de graduadas, nueve en Humanidades Modernas y tres en Corte y Confección se incorporaron como Bachilleres de la República. Fueron condecoradas con la Cadena Eslabón del Colegio Ibarra, obsequiándolas también el Tradicional Anillo de Oro y el establecimiento dio inicio a la entrega de la Medalla de Oro a las alumnas acreedoras de mayor puntaje en sus seis años de estudio.

Múltiples fueron las acciones para obtener financiamiento, se dieron gestos espontáneos de la ciudadanía, la señorita María Olimpia Gudiño había donado 1.000 sucres en ese entonces. Las ganancias del pequeño bar de la señora Hilda de Cevallos, servían para solventar las

necesidades más apremiantes del Plantel y el mismo Don Juan Francisco Cevallos donó sus sueldos para contribuir con la obra monumental del Colegio Nacional de Señoritas "Ibarra".

En los primeros meses de 1959 el Ministerio de Educación y Cultura compró el lote de terreno situado en uno de los mejores sectores de la urbe, la Avenida Mariano Acosta, espacio donde se construyeron las 10 primeras aulas por un costo de 1 '388.000, sucres. Y más adelante en 1961 con el apoyo del doctor José María Velasco Barra, Presidente Constitucional de la República, se construye los dos tramos laterales por un costo de 2'000.000 de sucres lo que constituye actualmente toda la parte frontal.

El 24 de julio de 1963, siendo Ministro de Educación Gonzalo Abad, se inaugura con sus propios símbolos y emblemas del nuevo y definitivo edificio con los ambientes indispensables para una educación digna de la mujer Ibarreña, bajo el lema SCIENTIA ET VOLUNTAS AD ASTRA, "El saber y la voluntad conducen a la cumbre", una obra eterna de indiscutible originalidad y de un valor inapreciable que perdurará a través del tiempo. Como símbolo de vida y palpar se colocó en el patio central un reloj, el mismo que minuto a minuto ha cronometrado los triunfos y sacrificios de generaciones entregadas a forjar sus estudios con entereza y de-cisión. Monumental e imponente se contempla nuestra fortaleza que revente se inclina a la memoria de tan benemérito educador don Juan Francisco Cevallos Almeida.

Se inician las labores con segura confianza y altas aspiraciones, teniendo hasta la fecha una amplia galería de rectores que han administrado positivamente los rumbos de nuestra Institución: señor Don Juan Francisco Cevallos Almeida, enero 1952 a junio de 1965; Señora

Esperanza Navarrete de Naveda, dos meses del año 1965; Don Alfredo Albuja Galindo, septiembre de 1965 a septiembre de 1968; Doctor Oswaldo Dueñas, octubre de 1968 a abril de 1971; Doctor Jorge Noboa, abril de 1971 a mayo de 1985; Licenciada Yolanda Molina de Villacís, junio de 1985 a enero de 1988; Licenciado Víctor Núñez Terán, febrero de 1988 a septiembre de 1989; Licenciado Carlos Hernán Barahona Sandoval, octubre de 1989 a julio de 1992; Doctor Carlos Jaramillo Puente, encargo julio de 1992 a septiembre de 1993; Msc. Jorge Villarroel Idrovo, octubre 1993 a septiembre de 1998 y el Doctor Carlos Jaramillo Puente, al frente de los destinos del Plantel a partir de septiembre de 1998 hasta la presente fecha.

La ciudadanía Ibarreña, año atrás año, ha ido confiando la educación de sus hijas a este establecimiento, que ha crecido al paso del tiempo y sus exigencias. Ahora contamos con las especialidades de Ciencias, Físico Matemáticas, Químico Biológicas, Sociales, Contadoras Bachilleres en Ciencias de Comercio y Administración y Bachilleres en Ciencias de Comercio y Administración Especialidad Secretariado en español e Informática. La demanda estudiantil por ingresar al Colegio I barra obligó a trabajar en dos jornadas, en la matutina el Ciclo Diversificado y en la vespertina el Ciclo Básico. Más aún para facilitar la preparación de la mujer ibarreña en el año 1988 mediante Acuerdo Ministerial No. 3845 del 27 de mayo firmado por el Ministro Encargado de Educación y Cultura ingeniero Julio Ponce Arteta, se creó la Sección Nocturna que actualmente cuenta con 335 alumnas. En la sección diurna el creciente número de alumnas es de 2.650, cuenta con 123 profesores con sus respectivos nombramientos y además con 20 personas que trabajan en el Área de Administración y Servicios.

La Institución tiene una estadística considerable de bachilleres graduadas cada año en las diferentes especialidades que totalizan en un número de 6.398 bachilleres en la sección diurna desde su creación hasta el año 2000 - 2001 y en la sección nocturna 321 bachilleres desde el año 1994 - 1995. Una meritoria galería de alumnas abanderadas, son consideradas verdaderas embajadoras de la Ciencia y Virtud. Grandes triunfos en concursos de Ciencia y Cultura, en Competencias Deportivas son glorias y prestigio alcanzados por nuestro establecimiento que tiene reconocimiento a nivel local y nacional por su calidad educativa.

Actualmente somos líderes en los avances de la Ciencia y Tecnología trabajamos día a día con una mentalidad susceptible al cambio, fijando y precisando los fines y valores supremos que forman integralmente a las jóvenes para la vida. Somos una Institución poseedores de un corazón enorme con las puertas abiertas a toda una sociedad que necesita una educación acorde con el avance científico - tecnológico rumbo al nuevo milenio.

2.2 Suicidio

2.1.1 Definición

“La palabra "suicidio" es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas *sui* y *occidere*, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo. El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las distintas sociedades han mantenido hacia él, actitudes enormemente variables en

función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura".⁶

A lo largo de los años, ha habido múltiples definiciones y descripciones de este fenómeno. Edwin Shneidman definió el suicidio como "el acto consciente de auto aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución. Stengel en 1961, diferenció entre el intento y la tentativa de suicidio. En el intento, hay intención autolítica, pero por impericia o fallos en el método no se ha logrado. En la tentativa, conducta parasuicida o comúnmente llamado gesto autolítico, no existe la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario. No obstante, hay conductas parasuicidas que han acabado en suicidios consumados. Esta proliferación de definiciones, obligó a la OMS (1976) a intentar unificar la terminología y a proponer unos términos concretos. Acto suicida: hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos. Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida. Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

El suicidio es una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores y en la que existen tres fases.

- 1) Idea suicida en la que el sujeto piensa en cometer suicidio.
- 2) Duda o fase de ambivalencia donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus

⁶ MSP. (2007). Comisión Nacional de Estadísticas de Salud. Indicadores básicos de salud. Quito – Ecuador. Pág. 8

conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir.

3) Decisión en la que ya se pasa a la acción.

2.3 Conductas autodestructivas en el ser humano

- **Suicidio consumado:** Conducta autodestructiva y autoinfringida que acaba con la muerte de la persona que lo lleva a cabo.
- **Suicidio frustrado:** Suicidio que no llega a consumarse porque un imprevisto (algo con lo que no contaba el sujeto) lo interrumpe.
- **Intento de suicidio:** Daño autoinfringido con diferente grado de intención de morir y de lesiones.
- **Ideación suicida:** Pauta de afrontar los problemas que tiene cada persona.
- **Gesto suicida:** Amenaza con hechos sobre una conducta autodestructiva que se llevará a cabo. Suele estar cargada con simbolismos.
- **Amenaza suicida:** Lo mismo que el anterior pero con palabras.
- **Equivalentes suicidas:** Son las automutilaciones que puede hacerse una persona.
- **Suicidio colectivo:** La conducta autodestructiva la llevan a cabo varias personas a la vez. En este tipo de suicidios lo normal es que una persona del grupo sea la inductora y el resto los dependientes.
- **Suicidio racional:** Una persona que tras una larga enfermedad por ejemplo incapacitante, llega a la conclusión de que lo mejor que puede hacer es suicidarse.

2.4 Etiopatogenia

La ideación suicida es uno de los síntomas importantes que acompañan a los episodios de “trastornos psiquiátricos, que comúnmente se

acompañan de depresión o ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y todos los trastornos de depresión. En estos casos es principalmente la enfermedad lo que provoca el suicidio y no el análisis lógico del individuo”.⁷

Desgraciadamente, las características señaladas anteriormente carecen de especificidad en la valoración del riesgo de suicidio. Quizá el más importante de todos los factores de riesgo sea la presencia de un trastorno depresivo no diagnosticado o no tratado.

“Aunque no es posible distinguir con precisión entre los pacientes que intentarán suicidarse y los que no, hay algunos factores que deben tenerse en cuenta. Últimamente se está intentando elaborar escalas de graduación de estas ideaciones suicidas. Hablando en general, hay acuerdo en que los pacientes que han elaborado un plan de suicidio específico, que padecen concomitantemente alcoholismo o drogadicción o que están socialmente aislados con escasos apoyos sociales, tienen mayor riesgo potencial de suicidio”.⁸

2.5 Epidemiología

El suicidio es una de las mayores causas de muerte sobre todo entre los hombres. El suicidio en Europa es la segunda causa más común de muerte entre los 15 a 44 años. Para las mujeres de la misma edad, el suicidio es la cuarta causa más común de muerte. El suicidio causa sufrimiento en la víctima pero también en las personas cercanas.

⁷ INEC. (2007). Principales causas de mortalidad femenina año. Editorial INEC. Pág. 35.

⁸ OMS. (2000). Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria de la salud. Ginebra. Pág. 74

Hay aproximadamente 32.000 suicidios al año en EE.UU., y los estudios clínicos indican que aproximadamente el 80 % de estos pacientes padecen trastornos del estado de ánimo

En España, según los últimos datos oficiales, existen 4,5 suicidios por cada 100.000 habitantes, aumentando la incidencia con la edad. Es notoria la influencia de los tóxicos en los jóvenes, siendo la adolescencia, drogodependencia y la patología asociada, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, una de las causas principales del suicidio en los jóvenes. No suelen existir variaciones regionales dentro de un mismo país. Los pacientes varones mayores de 60 años (y los mayores de 50 en las alteraciones de la afectividad), son la población de mayor riesgo.

“Hay que diferenciar entre suicidio consumado, siendo la proporción de los varones de 3:1 con respecto a las mujeres y la edad más proclive a partir de los 40 años (esta última población forma el 70% de los suicidios) e intento de suicidio, estando formado, en un 65% por mujeres menores de 40 años”.⁹

Los factores de riesgo, aparte de la edad y sexo, ya mencionados, lo constituyen los hombres de raza blanca, los no creyentes y las personas residentes en un medio urbano. Una patología psiquiátrica previa acentúa el riesgo de suicidio, incrementándose el diagnóstico de alteraciones psiquiátricas en los pacientes suicidas. Así, los pacientes diagnosticados de depresión mayor tienen una tasa de suicidio de un 10 a un 15%, tres veces mayor que la población general, siendo el 80% de los suicidios consumados. El riesgo es mayor en los pacientes que sufren un trastorno bipolar que en los unipolares. Los pacientes neuróticos tienen un riesgo menos pronunciado. La depresión psicótica y la melancolía involutiva

⁹ <http://bibliotecavillaclara.cu/UserFiles/File/revista%20varela/rv1604.pdf>

(depresión tardía o senil) tienen un gran riesgo, siendo escaso en la depresión neurótica. Los pacientes depresivos son de alto riesgo en el momento en que mejoran de la inhibición y al poco tiempo del alta.

Los pacientes esquizofrénicos tienen una tasa de suicidio que puede llegar al 4% (aunque los intentos de suicidio conforman un porcentaje más elevado, hasta el 20%). Las alucinaciones mandatorias, la sensación de desamparo o el abandono, al tener conflictos con el entorno inmediato forman parte de la etiología. Los pacientes afectados por trastornos de la personalidad, como los "borderline", suelen tener suicidios "impulsivos" y "parasuicidios", en un intento de llamar la atención. Las pacientes anoréxicas son la segunda causa de muerte. El índice de masa corporal parece ser que no influye sobre los comportamientos suicidas. El alcoholismo y el abuso de los tóxicos acentúan el riesgo de suicidio.

Los problemas conyugales acentúan notablemente el comportamiento suicida, siendo los divorciados los de mayor riesgo, seguido por los solteros. Los abusos sexuales en la infancia se relacionan con una tasa mayor de ideaciones suicidas. La orientación sexual alternativa y la homosexualidad parecen ser factores de riesgo. Las parejas estables suelen ejercer un efecto balsámico. Los desempleados y las clases sociales más desfavorecidas también están incluidas. Los pacientes afectados por enfermedades terminales, sobre todo neoplasias que afectan al aspecto externo (como las anastomosis ileoanales con reservorio), incapacitantes o dolorosas, con dolor incoercible, y aquellos que toman drogas "depresógenos" (betabloqueantes, reserpina) son de alto riesgo. Un estudio japonés reciente muestra que el riesgo más elevado de suicidio es el de los pacientes diagnosticados de cáncer que acaban de ser dados de alta de un centro hospitalario, recomendando un estudio psicológico previo a la alta para la detección de ideas autolíticas.

Una historia previa de suicidio o de amenazas de suicidio. También existen profesiones que marcan un punto de inflexión. Así, los policías, los médicos, sobre todo los que tienen acceso a drogas letales y los artistas son las profesiones de mayor riesgo. Existen determinados periodos del año en el que los suicidios aumentan.

Los métodos que han sido utilizados para el suicidio son muy variados, aunque mantienen unos patrones similares. Los métodos violentos son los más frecuentes, sobre todo en varones. La precipitación, el ahorcamiento, las armas blancas o las de fuego tienen una alta letalidad. Las lesiones craneales y cerebrales penetrantes suelen estar originadas en un 75% por intentos de suicidio. El envenenamiento es un método clásico en las mujeres, con psicofármacos y analgésicos, teniendo una baja letalidad. La asfixia por gases, como el monóxido de carbono, o los gases producto de combustión era el método más frecuente, propio de los varones, aunque ya no es así.

2.6 Tipos De Suicidio

2.6.1 Suicidio egoísta:

Se llama egoísmo al estado en el que el yo, individual se afirma con exceso sobre el yo social. Por esta razón se denomina "egoísta" al tipo particular de suicidio que resulta de una individualización desmesurada. La inclinación al suicidio se agrava debido a un debilitamiento de las creencias tradicionales y al estado de individualismo moral resultante de ello, este desaparece respondiendo a la instrucción a otras necesidades. El hombre busca instruirse, cuando su doctrina religiosa no responde a esta necesidad, por haber perdido cohesión, se mata.

En la religión se protege al hombre contra el deseo de destruirse porque forma parte de una comunidad, de una sociedad, no porque se predique el respeto de su persona. La sociedad en este caso religioso, está constituida por un conjunto de creencias y prácticas comunes a sus fieles. Este conjunto es tradicional y, por lo tanto, obligatorio. Mientras más numeroso y fuerte sea, mayor capacidad preservadora y de integración logrará una sociedad.

“Ciertas religiones que pueden provocar decisiones suicidas como un “ofrecimiento” de la propia vida para la “salvación” o la “obtención” de ciertos ideales; por otra parte, el ser creyente (por ejemplo en el católico) provocaría una situación de protección que influye en el potencial suicida (especialmente en el que sufre depresión)”.¹⁰

Suicidio egoísta en la familia.- El matrimonio conlleva una serie de dificultades y responsabilidades. Por esta razón, en épocas pasadas llegó afirmarse que el matrimonio y la vida familiar multiplicaban las probabilidades de suicidio. Los matrimonios prematuros determinan un estado moral de acción nociva. La acción de la familia, neutraliza la acción o inclinación al suicidio, o bien, le impide manifestarse.

Suicidio egoísta en la sociedad.- El sentimiento de inutilidad frente a la sociedad en que nos desarrollamos puede generar deseos, acciones suicidas "si la vida no vale la pena ser vivida, todo se convierte en un pretexto para deshacernos de ella.

Está comprobado a través de la historia, que el suicidio es poco frecuente en aquellas sociedades que se encuentran en proceso de evolución y de

¹⁰ M.S.P. (2007). Vigilancia Epidemiológica. Número de casos notificados y tasas de incidencia anual de intento de suicidio. Pág. 60

concentración. Contrariamente, se multiplican en aquellas en etapa de desintegración. Pero cabe destacar que no todas las crisis políticas o nacionales inducen al suicidio, sólo influyen en esta decisión aquellas en que existan las pasiones.

La mujer puede vivir aislada más fácilmente que el hombre, esto se debe a que ella tiene "menos vida común" que el hombre, entonces se "penetra" menos en la misma. A la sociedad le resulta menos necesaria porque está menos "impregnada" de sociabilidad. Contrariamente, la estabilidad moral del hombre depende de más condiciones, por lo que es vulnerable con más facilidad.

2.6.2 Suicidio Altruista.

Así como una individualización excesiva conduce al suicidio, aquella persona que se encuentra demasiado ligada a la sociedad puede suicidarse también. Pero para que el individuo se sienta tan "insignificante" en la vida colectiva como para suicidarse, es necesario primero que el grupo lo "absorba", que forme una masa compacta y continua, todos sus integrantes (no son grupos numerosos) comparten todo, hasta la vida misma, ideas, ocupaciones, etc. En estos grupos, al poseer estas características resulta sumamente fácil y es constante la "vigilancia colectiva".

El individuo resulta ser distinto de sus compañeros, forma parte de un todo, sin valor por sí mismo. Así su persona deja de tener valor. Para estas personas, los atentados que provienen de individuos particulares, resultan insignificantes; mientras que las exigencias colectivas resultan sumamente importantes, y por tanto, la sociedad le "exige" poner fin a su vida ante el menor motivo.

Para quienes practican este tipo de suicidio, la virtud máxima es no tener apego a la existencia, quien renuncia a ella sin que las circunstancias la soliciten es la persona más virtuosa. Así podemos divisar una primacía social al suicidio, que se ve alentado.

La naturaleza del suicidio altruista proviene de la "esperanza", pues responde a la expectativa de que más allá de esta vida hay mejores perspectivas. Además, implica el entusiasmo y una fe impaciente en su satisfacción mediante actos de gran energía. Estima en modo todo aquello que interesa sólo al individuo.

2.6.3 Suicidio Anómico

Este tiene lugar cuando una alteración del equilibrio de la integración de la persona con la sociedad es baja, sin normas habituales de conducta. Una persona no puede vivir ni ser feliz si sus necesidades no son suficientemente proporcionadas a sus medios. La tendencia a la vida es el resultado a todas las demás tendencias y, consecuentemente, se debilita si las otras se relajan.

En ninguna sociedad se ven igualmente satisfechos los grados de la jerarquía social. Esta naturaleza no es la que asigna un límite a las necesidades; por lo tanto cuando dependen exclusivamente del individuo, son ilimitadas.

Debido a que en nuestra necesidad es imposible contener desde afuera, se constituye para sí mismo como "una fuente de tormentos", porque los deseos ilimitados son insaciables, no encuentran limitación, sobre pasando indefinidamente los medios de que disponen.

Este estado de indeterminación se relaciona primero con las exigencias de la vida física.

Es necesario que, así como en el organismo regula las necesidades físicas, exista un "poder regulador" para las necesidades morales. Este poder no puede ser otra cosa que moral, por lo tanto, la conciencia es la única que puede proveer los medios para constituirlo. Es la única "autorizada" para declarar el derecho y señalar a las pasiones su límite.

Los casos de desastres económicos generan que algunos individuos, desciendan a una situación inferior a la que antes se encontraban... En este momento se sienten "excluidos", la sociedad no puede en un instante plegarlos a esta nueva vida y enseñarles a ejercer sobre sí mismos ese aumento de conciencia al que no estamos acostumbrados.

2.7 Factores que influyen en el intento suicida.

Los factores de riesgo, aparte de la edad y sexo, lo constituyen los hombres de raza mestiza, los no creyentes y las personas residentes en un medio urbano, patología psiquiátrica previa acentúa el riesgo de suicidio, incrementándose el diagnóstico de alteraciones psiquiátricas en los pacientes suicidas

Así, los pacientes diagnosticados de depresión mayor, tienen una tasa de suicidio de un 10 a un 15%, tres veces mayor que la población general, siendo el 80% de los suicidios consumados. ⁽⁸⁾ La depresión psicótica y la melancolía involutiva (depresión tardía o senil) tienen un gran riesgo, siendo escaso en la depresión neurótica.

2.7.1 Factores demográficos

- a) Edad; es más frecuente en adolescentes.
- b) Sexo; más frecuente en mujeres pero es más efectivo en hombres
- c) Estado civil: variable puede ser más frecuente en solteras, viudas o separados.
- d) Ocupación: variable en desempleados y trabajos de mucha responsabilidad y estrés.
- e) Razas: más frecuente raza blanca, presencia de fenómenos de contaminación cultural.
- f) Grupos sociales: variable según el país, los países más desarrollados tienen los índices más altos de suicidio.
- g) Religión: una vida espiritual sana y consecuente es un factor protector.
- h) Zona geográfica: variable según país.
- i) Periodo del año: variable, parecen existir ciclos, más frecuentes en fechas de celebración.

2.7.2 Factores Genéticos

“Los estudios en gemelos han demostrado sin lugar a dudas la influencia genética en la presentación de los trastornos depresivos. Al igual que en los estudios familiares, en general estos estudios se han llevado a cabo con pacientes con cuadros depresivos severos o que requirieron tratamiento”.¹¹

En pacientes con diagnóstico de depresión mayor se ha comprobado que el antecedente familiar de suicidio es un factor de riesgo significativo para presentar intentos serios de suicidio.

¹¹ Pascual, P. Vilena, A. (2005). El paciente suicida. Fistera. Guías Clínicas. Cap. V. pág. 38.

2.7.3 Factores Psicológicos

Personalidad impulsiva y baja tolerancia al fracaso, dependientes y con expectativas excesivamente ambiciosas ó irreales. Son afecciones o síndromes psíquicos y conductuales, causa de angustias y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico; afectando el equilibrio emocional, el rendimiento intelectual y la adaptación social.

2.7.4 La Depresión

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta íntegramente al individuo que la padece, afecta tanto físico – biológico, mentalmente, conductualmente y anímicamente al individuo. Actualmente, el trastorno depresivo es uno de los más frecuentes en la población, la padecen tanto personas adultas como adolescente y niños, tanto personas físicamente sanas como personas con alguna discapacidad o enfermedad.

Esté trastorno afecta seriamente al individuo que la padece, lo afecta tanto en su modo de actuar como en su manera de pensar, el trastorno depresivo, afecta de manera global a los individuos, físico - biológicamente en los ciclos de sueño – vigilia, el paciente pierde la capacidad de descansar adecuadamente.

La depresión provoca irritabilidad, enojo, conductas antisociales, conductas violentas, perdida de energía, abuso de alcohol, abuso de otras drogas, deseos de muerte, desesperación, culpabilidad, dificultad para concentrarse, indecisión y en el peor de los casos lleva al suicidio

Existen varios tipos de trastornos depresivos:

- **Depresión leve.** Cuando la persona presenta algunos de los síntomas de la depresión y el realizar sus actividades de la vida diaria toma un esfuerzo extraordinario
- **Depresión moderada.** Cuando la persona presenta muchos de los síntomas de la depresión y estos le impiden realizar las actividades de la vida diaria
- **Depresión severa.** Cuando la persona presenta casi todos los síntomas de la depresión y la depresión le impide realizar sus actividades de la vida diaria.

2.7.5 Factores Sociológicos

Elementos básicos en la sociedad que determinan la conducta y la interacción del individuo.

El estilo de vida moderna, cultura de consumismo exagerado, falta de creatividad, manipulación de valores y referencias, desilusiones familiares, prácticas sexuales agresivas.

Antecedentes familiares. Mayor riesgo cuando hay antecedentes por posible contaminación psicológica ó historia de enfermedad psiquiátrica (enfermedad bipolar), se destacan mala comunicación, alcoholismo, lazos familiares rotos.

2.7.6 Trastornos bipolares

“El trastorno bipolar se caracteriza por períodos de excitabilidad (manía) que se alternan con períodos de depresión, desde las áreas del cerebro

que regulan el estado de ánimo. Dichas "fluctuaciones en el estado de ánimo" entre manía y depresión pueden ser muy abruptas. Las fases de exaltación, alegría desenfrenada o irritabilidad y grosería, alternan con otros episodios en que la persona está con depresiones intensas, con bajo estado de ánimo, incapacidad para disfrutar, falta de energía, ideas negativas y, en casos graves, ideas de suicidio".¹²

Las personas que padecen de este trastorno viven cuando están con crisis en los dos extremos opuestos de la vida; Cuando están «deprimidas», pierden el interés en la vida, llegando a pensar en el suicidio para dejar de sufrir.

“De igual modo, cuando están contentos, se llenan de «euforia» y ven todo de color rosa, se sienten capaces de hacer cualquier cosa, y llegan al extremo de no dormir por considerar que es una actividad innecesaria dentro de su nueva faceta de "inacabable movilidad". En algunos casos la euforia es tal que pueden llegar a cometer acciones que en un estado de conciencia normal no harían, como consumir drogas o gastar dinero hasta la ruina económica propia y familiar”.¹³

Existen tres clases de trastorno bipolar.

- **Trastorno Bipolar I** (o maníaco-depresivo): presencia de uno o más Episodios Maníacos y Episodios Depresivos Mayores
- **Trastorno Bipolar II**: presencia de uno o más Episodios Hipomaníacos y Episodios Depresivos Mayores

¹² Harrison y col. (2005) Problemas de salud mental. Medicina Internade Harrison. Pág. 36 - 39.

¹³ Morcillo Moreno, Saiz Martínez, Bousoño García, Barcia Salorio. (2000). El Intento Suicida. Tratado de Psiquiatría. Editorial Aran. Págs. 801-819

- **Trastorno Ciclotímico:** presencia, durante al menos 2 años, de períodos de síntomas hipomaniacos y de períodos de síntomas depresivos.

2.7.7 Alcoholismo

“El alcohol es una de las drogas que por su fácil acceso y la poderosa propaganda que recibe, se ha convertido en un verdadero problema social en casi todos los países y en todas las edades a partir de la adolescencia”.¹⁴

El alcohol es la droga más ampliamente empleada por los adolescentes de nuestro país. Existen evidencias de un elevado índice de alcoholismo entre los jóvenes. El alcoholismo es una enfermedad crónica progresiva, que consiste en padecer una fuerte necesidad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestada a través de determinados síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingesta.

Las siguientes características predisponen al intento de autodestrucción en los alcohólicos:

1. Tener bajo nivel socioeconómico.
2. Ser joven
3. Comenzar a edades tempranas la ingestión de alcohol y los problemas derivados de dicha ingestión.
4. Consumir grandes cantidades de alcohol cada vez que se ingiere.
5. Tener comorbilidad: personalidad antisocial, depresión mayor, trastorno de ansiedad.
6. Poseer familiares con antecedentes de intentos suicidas, los cuales abusan del alcohol.

¹⁴ <http://www.monografias.com/trabajos64/violencia-intrfamiliar.shtml>

2.7.8 Factores Clínicos

Los factores físicos y la funcionalidad, el número de enfermedades crónicas, el grado de discapacidad fueron analizados en diferentes estudios encontrándose una fuerte asociación entre estos y el "deseo a morir", sin embargo en la mayoría de los casos estos se asociaban a problemas psicológicos especialmente depresión.

La discapacidad física puede ser un fuerte predictor de suicidio. Enfermedad Terminal, cirugía reciente sin éxito, dolor no controlado, tumores (especialmente craneales), deformaciones (especialmente faciales), amputaciones graves e invalidantes.

2.7.9 Factores Biológicos

La investigación biológica plantea algunas cuestiones, ¿son las disfunciones cerebrales responsables directas de la aparición de la conducta suicida?, y/o ¿aumentan dichos trastornos la posibilidad de una conducta suicida en individuos sometidos a acontecimientos adversos, o que presentan determinadas patologías médicas o psiquiátricas?

Las personas que tienen cierta vulnerabilidad hacia el suicidio presentan un descenso en los niveles de serotonina (neurotransmisor) en el líquido cefalorraquídeo. La serotonina es un neurotransmisor que afecta los estados de ánimo y las emociones, se desintegra en el cuerpo. También se ha encontrado un descenso en la actividad dopaminérgica.

2.7.10 Factores familiares

El factor de desintegración familiar en que se desarrollaron los casos de suicidio, es un factor preponderante, que influyó al desequilibrar la esfera

afectiva y emocional del suicida, dándole más empuje a los deseos de privarse de la vida. La violencia intrafamiliar provoca la desintegración, ya que es un fenómeno de ocurrencia mundial en el que las mujeres y los niños son los grupos más vulnerables.

La OMS asegura que una quinta parte de las mujeres en el mundo es objeto de violencia en alguna etapa de su vida y como consecuencia de ello presentan altos índices de discapacidad, tienen doce veces más intentos de suicidio y altas tasas de mortalidad en comparación con población que no la padece. La violencia intrafamiliar no es solamente el abuso físico, los golpes, o las heridas. Son aún más terribles la violencia psicológica y la sexual por el trauma que causa, la violencia física,

Perspectiva psicológica: Los padres que más maltratan son aquellos que poseen baja autoestima, los que tienen antecedentes de maltrato, los que están deprimidos, los que tienen baja tolerancia a la frustración y los dependientes al alcohol.

Aún cuando muchas madres y padres de familia saben lo duro que es crecer en un hogar en el que no se recibió amor durante la niñez repiten la experiencia al educar a sus hijas e hijos de la misma forma violenta en la que ellas y ellos fueron educadas/os. En el Ecuador los niños y niñas tienen una ley que los/las protegen de los malos tratos de madres, padres, otros familiares, maestros/as y cualquier persona que atente contra su integridad física.

2.8 Causas De Suicidio

Suicidio en grupo: Cuando uno tras otro se suicidan dentro del grupo de adolescentes.

Eventos traumáticos: Muerte de un amigo o familiar cercano, pérdida repentina monetaria, etc.

Eventos independientes: Compra de un arma, uso y abuso de drogas, embarazo no deseado, etc.

2.9. Antecedentes familiares suicidas.

La familia, tal como está definida en nuestra Constitución Política, es el núcleo fundamental de la sociedad. Pero la familia no sólo es buena para la sociedad, sino que también es lo mejor para el desarrollo de la persona humana, desde que es concebida hasta su muerte. La familia es el espacio en el que se obtiene cariño, afecto y se descubre el sentido de la vida.

La causa que genera mayor culpabilidad, hostilidad y estigmatización, es el suicidio. Los familiares y amigos más cercanos deben obtener mayor apoyo emocional, ya que están viviendo una experiencia traumática.

En cuanto a la culpabilidad que con frecuencia sienten los sobrevivientes a un suicida es posible manejarla siempre y cuando sea con responsabilidad. Aquéllos con antecedentes familiares de suicidio son más propensos a cometer suicidio que los que no los tienen. Un antecedente familiar de suicidio y un historial psiquiátrico son factores de riesgo aun mayor.

2.10 Los medios de comunicación

En algunas situaciones parece que, los medios de comunicación, influyen en su comportamiento y en sus actitudes ante la vida misma.

Ayudan a tomar decisiones y lo pueden empujar a determinar sus pautas de comportamiento a través de estereotipos o por la información que se le proporciona al individuo. Cabe mencionar que el resultado del proceso de emisor, receptor y o retroalimentación, que ejercen los medios masivos en los individuos, actúan como refuerzo de las actitudes en el ser humano, haciendo que estos sean positivos o negativos en su desarrollo social.

“La creciente violencia de las pantallas, tv, cine, etc. Aportan una visión de las relaciones muy equivocadas aportando una banalización del comportamiento humano. Un suicida puede llegar a tener gran influencia por parte de los medios al orillarlo a la depresión, al temor, la angustia, la agonía y hasta la imitación de estereotipos que por estar en la televisión pueden ser un ejemplo a seguir para los televidentes”.¹⁵

El comportamiento suicida, aparece más claro cuando se considera como una forma de comunicación. En la mayoría de los casos el suicidio, es como una larga cadena de acontecimientos, acompañada de muchas comunicaciones a lo largo de este proceso, el acto suicida acaba convirtiéndose en una comunicación que puede tener muchos sentidos y gran importancia, a causa de la impotencia y desconocimiento de la acción que se prepara.

2.11. Características Del Suicidio

El comportamiento de la actividad suicida, comprende la autodestrucción total (muerte), la autodestrucción (no muerte), la mutilación y otras acciones dolorosas y no dolorosas, las amenazas, indicaciones verbales

¹⁵ Mann JJ. Orquendo M. Underwood MD. Arango V. (1999). The Neurobiology of suicide risk: a review clinician. Suppl 2. Págs. 7-11

de las intenciones de destruirse, depresión e infidelidad y pensamientos de separación, partida, ausencia, consuelo y alivio.

“El comportamiento es más grave debido a sentimientos de culpa o porque es necesario poder comunicar algo con impacto equivalente. Normalmente una persona suicida se descubre a si misma comunicando su tendencia a través del comportamiento, o verbalmente antes de que se produzca un acto específico”.¹⁶

El suicida típico presenta un deseo de morir y vivir a la vez; desesperación, impotencia e imposibilidad de hacer frente a los problemas, agotamiento físico o psicológico, ansiedad, tensión, depresión, rabia, culpa, caos y desorganización, estados de ánimo cambiantes, pérdida del interés por actividades normales, malestar físico, trastornos de sueño, pérdida del apetito etc. Existe también una pasividad, una falta de iniciativa o pérdida de interés de objetos y planes de acción.

2.12 Triangulo Letal De Shneidman

“Síntomas característicos que acompañan a la persona cuando está a punto de cometer suicidio:

- Baja auto estima
- Agitación extrema en la cual la persona se encuentra muy presionado y no discierne claramente; las decisiones intelectuales se trasforman en decisiones impulsivas de orden efectivo.

¹⁶ Rodríguez F. Gonzales de Rivera. (2000). Evaluación y medición del riesgo de autolesión y suicidio. Medición Clínica en psiquiatría y psicología. Barcelona - España. Editorial Masson S.A. págs. 225-244.

- Visión en túnel (no se ve otra cosa que la muerte como salida) o limitación en las posibilidades intelectuales que determinan que el sujeto no puede discernir severamente más allá de la situación inmediata”.¹⁷

2.13 Control Del Suicidio

- Controles externos: Son aquellos por medio de los cuales la sociedad influye en el individuo para que acepte su situación y continúe viviendo. Ej.: tabúes, religión, mitos, costumbres, familia, hijos, la comprensión, el apoyo, interés y preocupación.
- Controles internos: Pueden ser los ideales, las normas, la conciencia, la moralidad y los sentimientos de responsabilidad de la persona. Además la estructura de su personalidad puede ser tal que dé a la persona flexibilidad, adaptabilidad, independencia y sentimientos de autoestima que le permitan soportar. Por el contrario, una persona puede ser más vulnerable a causa de su personalidad rígida, excesiva dependencia concepto pobre de sí mismos.

2.14 Valoración Del Riesgo Suicida

Cuando el personal de atención primaria de salud sospecha que el comportamiento suicida es una posibilidad, deben evaluarse los siguientes factores.

Estado mental actual y pensamientos actuales sobre la muerte y el suicidio; Plan suicida actual – qué tan preparada está la persona y qué tan

¹⁷ <http://biblioteca.idict.villaclara.cu/User/Files/File/revista20varela/rv1604.pdf>

pronto lo realizará; La mejor forma de averiguar si las personas tienen pensamientos suicidas es preguntándoselos.

Contrario a la creencia popular, hablar del suicidio no siembra la idea en sus mentes. De hecho, se muestran muy agradecidas y libres de poder hablar abiertamente acerca de los problemas y las preguntas con las que están luchando.

¿Cómo preguntar?- No es fácil preguntarle a una persona acerca de sus ideas suicidas. Es útil adentrarse en el tema gradualmente.

Algunas preguntas útiles son: ¿Se siente triste? ¿Siente que nadie se preocupa por Usted? ¿Siente que la vida no tiene sentido? ¿Tiene tendencia a cometer suicidio?

¿Cuándo preguntar? Cuando la persona se siente comprendida; Cuando la persona se siente cómoda hablando acerca de sus sentimientos; Cuando la persona habla acerca de sentimientos negativos de soledad, impotencia.

¿Qué preguntar? Para indagar si la persona tiene un plan definitivo para cometer suicidio: ¿Ha hecho planes para terminar con su vida? ¿Tiene idea de cómo va a hacerlo? Para indagar si la persona cuenta con los medios (método): ¿Tiene píldoras, revólver, insecticida, u otros medios? ¿Están a su entera disposición?

Para indagar si la persona se ha fijado un plazo: ¿Ha decidido cuándo planea terminar con su vida? ¿Cuándo planea hacerlo?

2.15. Manejo del Paciente Suicidio

Si un paciente está perturbado emocionalmente, con pensamientos suicidas vagos, la oportunidad de ventilar sus pensamientos y sentimientos ante un médico que demuestre interés, puede ser suficiente.

No obstante, la oportunidad de un seguimiento posterior debe dejarse abierta para realizarlo cada 6 meses, especialmente si el paciente tiene un inadecuado apoyo social.

Los tres estados más comunes son:

- **Ambivalencia.** La mayoría de los pacientes son ambivalentes hasta el puro final. Ésta es una batalla de vaivén entre el deseo de vivir y el de morir.
- **Impulsividad.** El suicidio es un fenómeno impulsivo y el impulso por su misma naturaleza es transitorio. Si se proporciona apoyo al momento del impulso, la crisis puede disolverse.
- **Rigidez.** Las personas suicidas son rígidas en su pensamiento, su humor y su actuar y sus razonamientos sufren dicotomía en términos de uno u otro. Al explorar varias posibles alternativas para tratar con el paciente suicida, el médico gentilmente hace que el paciente tome conciencia de que existen otras opciones, así no sean ideales.

2.16. Prevención

“Se calcula que la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo alcanza hasta el 20% en los niveles de atención primaria y de medicina general. El primer paso en el tratamiento de cualquier trastorno del estado de ánimo es su identificación. El médico de atención primaria debe ser

consciente de que un trastorno del estado de ánimo puede estar presente en pacientes que manifiestan ciertos síntomas, aun cuando éstos sean hasta cierto punto vagos, inespecíficos y de escasas consecuencias (p. ej., poca energía, fatigabilidad fácil, pérdida de interés tanto por las actividades diarias como por las placenteras, disforia, insomnio, impotencia). Sin embargo, hay algunas claves en el cuadro clínico que deben levantar sospechas, como es la existencia de tratamientos previos por episodios depresivos mayores, antecedentes de intentos de suicidio, historia familiar de depresión o de intentos de suicidio, o existencia de alcoholismo o de abuso de drogas. La prevención es un concepto múltiple que debe abarcar no solamente el origen primario del conflicto, sino el entorno del propio paciente²⁰. Las causas del suicidio son complejas, provocando un coste importante de los servicios de salud debiendo ser considerado como un problema serio de salud público. Hay que elaborar modelos de actuación de ayuda para el desarrollo de tratamientos y estrategias preventivas para evitar y actuar sobre los casos de suicidios”.

18

2.17. Tratamiento

Se han hecho importantes avances en el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo, por lo que una gran mayoría de estos pacientes hoy en día se pueden tratar con un alto grado de especificidad y de éxito. Los descubrimientos más relevantes se han producido en el desarrollo de potentes medicamentos psicotrópicos tanto para la depresión mayor como para los trastornos bipolares. Los instrumentos terapéuticos centrales en el tratamiento de los trastornos efectivos mayores son los antidepresivos y el litio, y en menor medida algunos anticonvulsivos (como la carbamacepina y el valproato sódico).

¹⁸ www.alfredocarlosgarcia.blogspot.com/2009/.../ideas-autoliticas.html

Debido a que los trastornos de la afectividad tienen una gran tendencia a reaparecer, un aspecto importante en el tratamiento es la educación integral de los pacientes y de sus familias en relación con el trastorno. Al paciente hay que subrayarle el hecho de que se trata de trastornos psicobiológicos, que se asocian con estados bioquímicos alterados en el cerebro y se pueden desencadenar por acontecimientos adversos y tensiones ambientales, pero que pueden aparecer también de forma espontánea. Como con cualquier enfermedad crónica, todo paciente debe ser educado, haciendo hincapié en cómo se manifiesta en él el trastorno, y qué síntomas o signos precoces anuncian un episodio maníaco o depresivo.

Hay que recomendar al paciente y a su familia que acepten la responsabilidad de reconocer pronto los episodios inminentes, ya que cuando antes se presente el paciente para tratamiento, más fácil será tratarlo. Hay que subrayar la necesidad absoluta de seguir el esquema terapéutico, el paciente tiene que entender los medicamentos exactamente como se prescriben y los efectos colaterales y las posibles secuelas médicas como resultado de la medicación. La información arrojada por los familiares y por los conocidos más cercanos constituye un apoyo valioso en el tratamiento del paciente después de un intento de suicidio. Es necesaria una comunicación fluida entre el paciente y su entorno para reducir la tensión emocional.

Con la aparición de nuevos datos que indican que los trastornos del estado de ánimo son enfermedades crónicas que duran toda la vida, hay un énfasis creciente en las estrategias para mantener al paciente asintomático a lo largo de su vida. Se acepta cada vez más que el modelo de enfermedad para el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo se parece más a la diabetes mellitus que a la neumonía lobular.

El tratamiento del paciente suicida pasa por el manejo de la causa que ha originado el suicidio o la patología de base. Detectar precozmente ideas suicidas (el hablar del suicidio no induce a cometerlo) en grupos de riesgo (depresivos, alcohólicos) es un elemento favorable. Ofrecer ayuda de otros pacientes que han superado sus problemas o de personal entrenado (teléfono de la esperanza) o el ingreso si las ideaciones suicidas son persistentes o hay un plan detallado.

Una vez ingresado el paciente se debe llevar a cabo un tratamiento farmacológico adecuado con neurolépticos, antidepresivo, sedante o terapia electroconvulsiva. El tratamiento con antidepresivos tricíclicos puede ser efectivo para aliviar, el deseo de morir, las ideaciones suicidas inducidas por una depresión mayor, incluso en los pacientes con neoplasias terminales.

Se recomienda que los médicos no psiquiatras se apoyen fundamentalmente en primer lugar en los antidepresivos o el litio (dependiendo del trastorno tratado) junto con intervenciones edumanejocativas y de psicoterapia de apoyo en el tratamiento de pacientes con trastornos del ánimo. En el tratamiento de episodios depresivos mayores leves o moderados se pueden utilizar con éxito psicoterapias específicas (psicoterapia cognitivo-conductual o psicoterapia interpersonal). Sin embargo, se recomienda que los médicos no psiquiatras no experimenten con estas técnicas puesto que aplicarlas con competencia requiere una formación y una experiencia considerables para alcanzar resultados comparables a los obtenidos con la administración relativamente simple de fármacos antidepresivos apropiados.

Si el médico estima que el riesgo de suicidio es alto, el paciente requiere consulta psiquiátrica. Los pacientes de alto riesgo pueden necesitar atención supervisada en régimen de hospitalización, aunque en algunos casos los familiares y amigos pueden encargarse de vigilar al paciente.

“Los pacientes que tienen una historia psiquiátrica complicada que no responden al tratamiento farmacológico inicial deben ser remitidos al psiquiatra. Esto puede llevar, a combinaciones farmacológicas (aumentos) o a otros sofisticados tratamientos como la terapia electroconvulsiva (TEC), terapia que hoy en día está cuestionada por las nuevas corrientes en psiquiatría, que la acusan de una falta de rigor científico. A pesar de ello, sigue siendo un potente recurso para el tratamiento de pacientes refractarios o que no toleran los efectos colaterales de los fármacos. Los tratamientos quirúrgicos de las lesiones craneales y cerebrales profundas pueden requerir de una terapia agresiva, incluso con una escala de Glasgow reducida, ya que suelen ser pacientes con una recuperación rápida, exceptuando los que tienen una patología basal terminal”.¹⁹

3. Definición de Variables

Las variables que se tomaran en cuenta en el siguiente trabajo investigativo fueron las siguientes.

- 3.1. Variables Dependientes: detección temprana de intentos de suicidio.
- 3.2. Variables Intervinientes: edad, genero, estado civil, zona geográfica, factor socioeconómico.
- 3.3. Variables Independientes: perfil biopsicosocial

¹⁹ www.alfredocarlosgarcia.blogspot.com/2009/.../ideas-autoliticas.html

3.4. Operalización De Las Variables

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Detección temprana de intentos autolíticos	El conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones orientadas a detectar precozmente la existencia de alteraciones que lleven a cometer el acto suicida	Estudiantes detectados	Síntomas Generales Síntomas Especiales Apgar Familiar	> a 10 > a 1 Altamente funcional Moderadamente funcional Severamente disfuncional

VARIABLE INTERVINIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Tiempo que lleva existiendo una persona o ser vivo desde su nacimiento.	Años	Edad	16 17 18 19
SEXO	Características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer.	Sexo	Sexo	Masculino Femenino
ESTADO CIVIL	Situación de un individuo en orden a sus relaciones de familia en cuanto le impone determinados derechos y obligaciones civiles.	Estado civil actual	Estado civil actual	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre

VARIABLE INTERVINIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
ZONA GEOGRÁFICA	Son los límites, situación, altos, bajos, ríos, montañas. Lugar donde una o más personas viven.	Residencia	Domicilio	Urbano Rural
FACTOR SOCIO-ECONÓMICO	Condiciones de la calidad y cantidad de ingresos en bienes y dinero que tiene una familia, además de su lugar en la escala social, representada por los servicios básicos que cuenta cada familia.	Nivel socio-económico	Agua Potable Luz Eléctrica Línea telefónica Alcantarillado	Tiene todos los servicios básicos. No tiene todos los servicios básicos.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<p>PERFIL BIOPSIICOSOCIAL</p>	<p>Conjunto de rasgos, cualidades, actitudes o todas aquellas conductas que son influenciadas a través de condiciones psicológicas y sociales</p>	<p>Biología</p> <p>Psicología</p> <p>Social</p>	<p>Antecedentes personales: Padres Abuelos paternos y maternos.</p> <p>Depresión, alcoholismo e intento suicida.</p> <p>Funcionalidad familiar</p>	<p>SI-NO</p> <p>SI-NO</p> <p>Altamente funcional</p> <p>Moderadamente funcional</p> <p>Severamente disfuncional</p>

3.5 GLOSARIO

Suicidio: etimológicamente el término deriva del verbo latino "caedere" y del pronombre "sui", 'darse muerte a sí mismo'.

Perfil biopsicosocial: Los términos pensamientos, sentimientos y comportamientos incluyen todas las variables psicológicas que se pueden medir en un ser humano.

Etiopatogenia: es el origen o causa del desarrollo de una patología.

Drogodependencia es una patología causada por el uso frecuente de drogas.

Esquizofrenia: es un diagnóstico psiquiátrico en personas con un grupo de trastornos mentales crónicos y graves, caracterizados por alteraciones en la percepción o la expresión de la realidad. La esquizofrenia causa además una mutación sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más o menos compleja, en especial de las funciones ejecutivas, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas, y una significativa disfunción social.

Psicosis: Las personas que experimentan psicosis pueden presentar alucinaciones o delirios y pueden exhibir cambios en su personalidad y pensamiento desorganizado.

Egoísta: excesivo desinterés o ausencia de interés por los demás.

Altruismo: es el sentimiento o tendencia de hacer el bien a los demás, aún a costa del propio provecho.

Depresión: síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida.

Euforia: la capacidad para soportar el dolor, o la sensación de bienestar.

Hostilidad: Se denomina hostilidad a las conductas agresivas en forma de violencia emocional de un individuo en concreto o de un grupo de personas.

Alucinaciones: Es una percepción que no corresponde a ningún estímulo físico externo. Sin embargo, la persona siente esa percepción como real.

Dopamina: Es una hormona que cumple funciones de neurotransmisor en el sistema nervioso central.

Tabú: Designa a una conducta, actividad o costumbre prohibida por una sociedad, grupo humano o religión, es decir, es la prohibición de algo natural, de contenido religioso, económico, político, social o cultural por una razón no justificada o injustificable.

Estereotipos:(etimológicamente proviene de la palabra griega *stereos* que significa sólido y *typos* que significa marca): Es una imagen trillada, y con pocos detalles acerca de un grupo de gente que comparte ciertas cualidades, características y habilidades.

Aversión: Odio, repugnancia.

Indagar: Preguntar e investigar para procurar enterarse de datos o informaciones; especialmente si son referentes a un asunto oculto o secreto.

Ambivalencia: Condición de aquello que tiene dos sentidos diferentes o se presta a dos interpretaciones opuestas.

Psicotrópicos: es un agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento.

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.- Localización

La presente investigación fue aplicada en el Colegio Nacional de Srtas. Ibarra, de la ciudad de Ibarra, Provincia de Imbabura. Ecuador.

3.2 Caracterización

Las personas en estudio son jóvenes estudiantes del Colegio Nacional Ibarra que cursan el tercer año de Bachillerato.

3.3 Materiales

Para realizar el presente trabajo se necesito de los materiales de oficina, materiales electrónicos y computarizados como computador para consultas por internet de textos, así como para la digitación e impresión, se necesito otros auxiliares como copiadora, cámara fotográfica..

3.4.- Tipo de Investigación

Es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, cuali-cuantitativo, no Experimental en el que buscamos determinar las causas que inducen a los intentos de suicidio de las estudiantes.

3.4.1. Diseño de la investigación

El presente trabajo tiene un diseño No experimental, debido a que no manipulamos variables independientes.

3.5 Estrategia de la investigación.

Para el desarrollo de la investigación se aplicó la técnica de la entrevista.

- Evaluación de formulario (SRQ).
- Evaluación del APGAR familiar.

3.6 Población o Muestra

La población total del Colegio Nacional Ibarra, durante el periodo académico 2009- 2010 es de 503 alumnas correspondientes al 3er año de bachillerato

3.6.1 Muestra

Fórmula para la obtención del tamaño de la muestra.

Una fórmula muy extendida que orienta sobre el cálculo del tamaño de la muestra para datos globales es la siguiente:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N - 1)) + k^2 * p * q}$$

N: es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados).

k: es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de nuestra investigación sean ciertos: un 95,5 % de

confianza es lo mismo que decir que nos podemos equivocar con una probabilidad del 4,5%.

Los valores k más utilizados y sus niveles de confianza son:

k	1,15	1,28	1,44	1,65	1,96	2	2,58
Nivel de confianza	75%	80%	85%	90%	95%	95,5%	99%

e: es el error muestral deseado. El error muestral es la diferencia que puede haber entre el resultado que obtenemos preguntando a una muestra de la población y el que obtendríamos si preguntáramos al total de ella.

p: es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Este dato es generalmente desconocido y se suele suponer que $p=q=0.5$ que es la opción más segura.

q: es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es $1-p$.

n: es el tamaño de la muestra (número de encuestas que vamos a hacer).

$$n = \frac{k^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(e^2 \cdot (N-1)) + k^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5 \cdot 503}{((0.06)^2 \cdot (503-1)) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{3.8416 \cdot 0.25 \cdot 503}{0.0036 \cdot 502 + 3.8416 \cdot 0.25}$$

$$n = \frac{483.0812}{2.7676}$$

Muestra = 175

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección y procesamiento de la información.

La técnica utilizada fue la entrevista, el instrumento cuestionario, el procesamiento de la información, se creó un base de datos en el programa EXCEL versión 2007 en el cual se realizó un análisis univariado y bivariado, se representará a través de tablas y gráficos la información obtenida.

Los Instrumentos utilizados fueron los siguientes formularios:

- a) SRQ (sondeo rápido de problemas mentales)
- b) Apgar Familiar.
- c) Instrumento de recolección de información

3.8 Instrumento para Recolección de Información

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

La presente encuesta, tiene como objetivo obtener información para la investigación del tema "Perfil biopsicosocial y su influencia en la detección temprana y prevención de los intentos de suicidios en las estudiantes de tercer año de bachillerato del Colegio Nacional Ibarra".

La información que nos brinde es confidencial, le solicitamos su sinceridad y colaboración.

Número de Encuesta

I.-DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

2. Edad:

3. Estado Civil:

SOLTERA CASADA DIVORCIADA UNIÓN LIBRE

4. ¿De los siguientes miembros de la familia, con quienes vive usted?

Padres <input type="text"/>	Madre <input type="text"/>	Padre <input type="text"/>	
Padrastro <input type="text"/>	Madrastra <input type="text"/>	Otros <input type="text"/>	
Hermanos <input type="text"/>	Abuelos <input type="text"/>		

5. ¿Cuál es el nivel de instrucción de sus familiares?

	Ninguna	Primaria	Secundaria	Superior
Padre o Sustituto:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Madre o Sustituta:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Representante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Su vivienda está ubicada en el sector:

Urbano Rural

7. ¿Cuenta con todos estos servicios básicos?

Energía eléctrica si no

Agua Potable

Alcantarillado

Línea telefónica

8. La casa dónde usted vive es:

Propia

Arrendada

Prestada

Anticresis

9. APGAR FAMILIAR

PREGUNTAS	CASI SIEMPRE(2)	ALGUNA VECES (1)	NUNCA (0)
¿Puede buscar ayuda en su familia cuando algo le preocupa?			
¿Está satisfecha de su familia cuando Ud. cuenta sus preocupaciones y ellos consultan sus problemas con Ud.?			
¿Está satisfecha que su familia acepte y apoye sus deseos cuando toma nuevas actividades y decisiones?			
¿Está satisfecha por las manifestaciones de afecto que su familia le expresa?			
¿Está satisfecha de la forma en que su familia y Ud. pasan los tiempos libres juntos?			
TOTAL			

DIAGNÓSTICO:.....

INSTRUMENTO SRQ (adaptado)

SÍNTOMAS GENERALES

10. ¿Llora con facilidad?
 SI NO

11. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?
 SI NO

12. ¿Ha Disminuido o aumentado notablemente tu apetito?
 SI NO

13. ¿Se ha sentido inútil o que no vale nada?
 SI NO

14. ¿Ha tenido la idea de terminar con su vida?

SI NO

15. ¿Se siente cansada todo el tiempo?

SI NO

16. ¿Tiene dificultad para recordar las cosas?

SI NO

17. ¿Se siente desesperado con respecto al futuro?

SI NO

SÍNTOMAS ESPECIALES

18. ¿Es usted de las personas que creen tener poderes especiales?

SI NO

19. ¿Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos?

SI NO

20. ¿Escucha voces sin saber de dónde vienen?

SI NO

21. ¿Tiene poco interés en relacionarse con las demás personas?

SI NO

22. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?

SI NO

3.9 Validez y confiabilidad de los instrumentos.

El cuestionario sondeo rápido de problemas mentales (SRQ) y posee una confiabilidad del 95% ya que es validado a nivel internacional de igual manera el APGAR familiar que fue aprobado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Además la prueba piloto de los mencionados instrumentos se realizaron en el Colegio Universitario de la Universidad Técnica del Norte quienes tienen similares características del grupo al cual se investigó.