

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR



**CARACTERISTICAS Y RESPUESTA FAMILIAR FRENTE A LOS PACIENTES
CON INTENTO AUTOLÍTICO QUE LLEGAN A LA EMERGENCIA DEL
HOSPITAL “PEDRO VICENTE MALDONADO” DESDE ENERO 2009 HASTA
DICIEMBRE 2012**

DISERTACION DE LA INVESTIGACION

María Estefanía Bautista Valarezo

Verónica Barahona Charfuelán

DIRECTOR DE TESIS: DR DIEGO HERRERA

TUTOR METOLÓGICO: DRA ANA LUCIA MONCAYO

2013

AGRADECIMIENTOS

Al culminar mi carrera de especialidad, quiero agradecer a las siguientes personas:

A mi esposo Fernando Rosero por su apoyo incondicional y su motivación día a día, sobre todo por su perseverancia, para lograr cumplir una etapa especial en mi vida.

A mis padres quienes guiaron mi camino y con sus bendiciones hicieron posible alcanzar mis metas trazadas.

A mis tutores Dr. Diego Herrera, Dr. David Gaus, Dra. Susana Alvear, Dr. Edgar León, Dr. Galo Sánchez, quienes compartieron sus conocimientos y destrezas, con sus enseñanzas han logrado integrar ciencias biológicas, clínicas y de conducta. A mi tutora metodológica Dra. Ana Lucía Moncayo por ser parte importante, al guiarnos en el desarrollo de la tesis.

A mi amiga del alma Alicia Guevara quién compartió conmigo mis alegrías y mis tristezas, quién me animo día a día a luchar, para dar lo mejor de mí a los que me rodean.

A mi amiga y compañera de tesis Estefanía Bautista por ser parte importante de esta culminación y juntas cumplimos nuestro sueño.

VERÓNICA

AGRADECIMIENTO

Estoy culminando una etapa más de vida, no fue nada fácil pero gracias a Dios pude hacerlo, Él siempre estuvo conmigo, en el momento de soledad, de flaqueza y tristeza, convirtiéndose en todo instante en mi Fortaleza y mi Paz.

Al amor de mi vida que ha sido paciente y me ha acompañado en cada momento de mi vida, y a mi hija mi tesoro, quien con su sonrisa a sabido darme fuerza para continuar.

A mis padres por aportar a mis enseñanzas y educación, se que es la mejor herencia que han dejado a mis hermanos y a mi, permitiéndonos luchar día a día y saber que los limites están en nosotros y debemos superarlos.

A mis maestros Dr. Herrera, Dr. Gaus, Dra. Alvear, Dr. Sánchez y Dr. León, que han sido luz en mi camino, que son grandes médicos de familia que van dejando huella en cada uno de nuestros corazones, por su sabiduría y don de persona.

Y por último a una muy buena guía en la tesis la Dra. Ana Lucía Moncayo.

Estefanía

INDICE:

RESUMEN	7
SUMMARY	10
INTRODUCCION	13
MARCO TEÓRICO	15
ANTECEDENTES	15
UBICACIÓN GEOGRÁFICA	17
SUICIDIO	20
CARACTERÍSTICAS DEL SUICIDIO	21
RESPUESTA FAMILIAR	30
MÉTODO DE SUICIDIO	37
JUSTIFICACIÓN	45
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	46
OBJETIVOS	46
MATERIAL Y METODOS	47
OPERALIZACION DE VARIABLES	50
RESULTADOS	59
Tabla 1: Características de los pacientes con intento auto-lítico que acudieron al Hospital Pedro Vicente Maldonado de enero del 2009 a diciembre del 2012	60
Gráfico 1: Método del intento auto – lítico	61
Tabla 2: Método del intento auto-lítico	62

relacionado a sustancias tóxicas

Gráfico 2: Intento auto – lítico con ingesta de alcohol 62

Tabla 3: Relación entre método de suicidio y características de los pacientes con intento auto-lítico que acudieron a la emergencia del Hospital Pedro Vicente Maldonado desde enero 2009 a diciembre 2012 64

Tabla 4: Ingesta alcohólica y características de los pacientes con intento auto-lítico que acuden a emergencia del Hospital Pedro Vicente Maldonado desde enero 2009 a diciembre 2012 67

Tabla 5: Características de las familias de los individuos con intento auto-lítico que acudieron a la emergencia del Hospital Pedro Vicente Maldonado desde enero 2009 a diciembre del 2012 70

DISCUSIÓN	80
CONCLUSIONES	85
RECOMENDACIONES	89

BIBLIOGRAFÍA	91
ANEXOS	94
CONSENTIMIENTO INFORMADO	
ENCUESTA	
FAMILIOGRAMAS	95
ESTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS	110

RESUMEN

TITULO: Características y respuesta familiar frente a los pacientes con intento auto lítico que llegan a la emergencia del hospital “Pedro Vicente Maldonado” desde enero 2009 hasta diciembre 2012

ANTECEDENTES: Se han planteado pocos estudios de suicidio en zonas rurales, lo que ha llevado en muchas ocasiones a transpolar datos de zonas urbanas, sin percatarse que el contexto es completamente distinto. Además se desconoce la respuesta familiar pre y pos intento auto lítico. El problema es conocer las características del suicidio a nivel rural y que sirva de herramienta para futuras intervenciones. En la actualidad son pocos los estudios científicos que revisen las implicaciones biológicas, psicológicas y sociales en los últimos 20 años, y hay poca evidencia de su manejo clínico.

OBJETIVO: Determinar las características de la respuesta familiar frente a los pacientes con intento auto lítico de áreas rurales que llegan a la Emergencia del Hospital Pedro Vicente Maldonado

MATERIAL Y MÉTODO: es un estudio transversal que incluyó un componente cuantitativo y cualitativo, dirigido a pacientes con intento auto-lítico de zonas rurales que acudieron a la emergencia del Hospital Pedro Vicente Maldonado en el periodo 2009-2012. La recolección de la información se realizó en 2 momentos: el primero fue una revisión retrospectiva de las historias clínicas

para recolectar información sobre las características de los pacientes con Intento auto-lítico (n=136) y en el segundo momento una selección por conveniencia de los pacientes con intento auto-lítico (n =15) a quienes se les aplicó una encuesta, una entrevista semi - estructurada y se realizó familiogramas con categorías que indican patrones fenomenológicos, sociales, familiares e individuales del suicidio.

RESULTADOS:

En nuestra investigación las características encontradas en la población con intento auto-lítico, fueron: sexo masculino 59,56%, vs. sexo femenino 40,44%, mayor porcentaje en adultos jóvenes frente a los adolescentes y adultos mayores de 46,32%, 26.47%, y 27.21% respectivamente. Más prevalente intento de suicidio en pacientes solteros (53.58%), vs pacientes casados (24.26%), y el método de suicidio o intento auto-lítico más utilizado en áreas rurales, son las sustancias agrícolas (77%) frente a otros métodos (fármacos y otros) (23%).

La ocurrencia del intento suicida afecta a la familia en 2 sentidos, la propia familia puede ser una de las variables que influyó en que se produjera el comportamiento, y una vez que se produce este, el sistema familiar sufre una serie de modificaciones resultantes de los impactos del mismo sobre el individuo. El otro sentido es que la familia no forme parte del evento y tenga un componente extra, el cual puede tener influencia social o cultural.

CONCLUSIONES

En zonas rurales de Pedro Vicente Maldonado, el método de intento auto-lítico más utilizado fue el consumo de sustancias agrícolas, debido a su fácil accesibilidad y su relación directa con la ocupación que desempeñan (agricultores).

En intento auto-lítico y respuesta familiar, los antecedentes de abuso físico, sexual, o ausencia de uno o ambos padres en la niñez, son características familiares importantes, esto se debe a que este tipo de personas son más vulnerables, repitiéndose un patrón de no escape en todos los problemas que tendrían que afrontar.

SUMMARY

TITLE: Characteristics and familiar response versus patients with lytic auto attempt reaching the hospital emergency "Pedro Vicente Maldonado" from January 2009 to December 2012

BACKGROUND: Few studies have raised suicide in rural areas, which has led in many cases to transpolar urban data, unaware that the context is completely different. Besides the familiar response is unknown pre and post self lytic attempt. The problem is to know the characteristics of suicide in rural and serve as a tool for future interventions. At present there are few scientific studies to review the implications of biological, psychological and social in the last 20 years, and there is little evidence of its clinical management.

OBJECTIVE: To determine the relative response versus patients with lytic attempt self rural areas who come to the Emergency Hospital Pedro Vicente Maldonado

MATERIAL AND METHODS: This is a descriptive study that included a quantitative and qualitative component, aimed at patients with auto-lytic attempt countryside who came to the Emergency Hospital Pedro Vicente Maldonado in the period 2009-2012. The data collection was conducted in two stages: the first was a retrospective review of the clinical Stories to collect information on the characteristics of patients with Intent self-lithic (n = 136) and the second time a choice for convenience of patients with self-lithic attempt (n = 15) who were

surveyed, a semi-structured and performed with categories indicating familiogramas phenomenological patterns, social, family and individual suicide.

RESULTS:

In our research the features found in the population with self-lithic attempt were: male 59.56%, vs. female 40.44%, the highest percentage in young adults compared to adolescents and adults over 46.32%, 26.47% and 27.21% respectively. More prevalent suicide attempt in single patients (53.58%), vs. married patients (24.26%), and method of suicide or attempted self-lithic most common in rural areas are agricultural substances (77%) compared to other methods (drugs, etc.) (23%).

The occurrence of suicide attempt affect the family in 2 directions, the family can be one of the variables that influence the occurrence of the behavior, and once this occurs, the family system undergoes a series of changes resulting from the it impacts on the individual. The other sense is that the family is not part of the event and have an extra component, which may have social or cultural influence.

CONCLUSIONS

In rural areas of Pedro Vicente Maldonado, the method of self-lithic attempt used was agricultural substance, due to its easy accessibility and its direct relation to their occupation (farmers).

In attempt to answer self-lithic and family history of physical, sexual, or absence of one or both parents in childhood, family characteristics are important, this is because such people are more vulnerable, repeating a pattern of not exhaust all the problems they would face.

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto permitirá determinar las características de los suicidios en áreas rurales de Pedro Vicente Maldonado, tomando en cuenta: el método de suicidio, acto suicida, bajo sustancias psicoactivas, y sobre todo las causas que motivaron a la toma de esta decisión. En algunos estudios las conclusiones de suicidio rural dejan claro que los factores sociales, culturales y familiares son importantes en el riesgo de intento auto lítico, así como las características individuales de cada uno de estos.

En nuestra investigación la unidad de análisis, fueron las familias con intento suicida, que en estudios anteriores se caracterizan, por la falta de unidad física y emocional ante situaciones de la vida cotidiana, incapacidad para establecer comunicaciones claras y directas entre sí y para expresar adecuadamente emociones positivas o negativas, escasa habilidad para negociar conflictos y déficits de recursos para afrontar las crisis, para dar y recibir ayuda y realizar cambios en función de las circunstancias. (Ikealumba & Couper, 2006b)

“Además la respuesta familiar a experiencias estresantes, que resultan en sentimientos de derrota y pérdida en el núcleo familiar, puede aumentar el riesgo de suicidio”. (Stark, 2011) Estas evaluaciones son especialmente perjudiciales cuando la persona no puede escapar de la situación contraproducente. “Se propone que la conducta suicida es reactiva y la respuesta es una situación que tiene tres componentes: la derrota, el no

escape, y el no rescate. Las acciones individuales no se producen de forma aislada y se ven afectadas por el contexto social, económico y cultural".
(Serrano, 2005)

MARCO TEÓRICO

Antecedentes:

El término se deriva del latín *sui* (sí mismo) y *cidium* (muerte, del verbo *coedere-matar*), y significa "darse a sí mismo la muerte". Este acto de enfrentamiento directo con la muerte ha sido considerado desde delito hasta el auto-sacrificio más supremo, de acuerdo con las creencias, ideologías y culturas de los distintos momentos en la historia humana.(BETANCOURT, 2008)

Cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad "global" de 16 por 100 000, o una muerte cada 40 segundos. En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial. El suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; y estas cifras no incluyen los tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado. Se estima que a nivel mundial el suicidio supuso el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4% en los países con riesgos en la economía. (HERRERA, Diego; GAUS, David; GUEVARA, Alicia; TROYA, 2013)

Las estadísticas nacionales indican que existen 611 muertes violentas por suicidio por año, demostrando que dos personas decidieron diariamente

quitarse la vida en algún lugar del Ecuador. En los últimos años, el suicidio pasó a ser la segunda causa de muerte en adolescentes entre 12 y 17 años en Ecuador, y ocupa el primer lugar como causa de fallecimiento en las provincias con altos porcentajes de población indígena y rural, como: Cotopaxi, Chimborazo, Cañar, Imbabura, Morona Santiago y Pastaza.(HERRERA, Diego; GAUS, David; GUEVARA, Alicia; TROYA, 2013)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que por cada muerte atribuible al suicidio se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio. Por esta razón la importancia de conocer la epidemiología de los suicidios en áreas rurales tomando en cuenta la caracterización ya planteada. (Betancourt, 2008)

Aunque tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado entre los varones de edad avanzada, las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo.

Los trastornos mentales (especialmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol) son un importante factor de riesgo de suicidio en Europa y América del Norte; en los países asiáticos, sin embargo, tiene especial importancia la conducta impulsiva. El suicidio es un problema complejo, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales.

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

PEDRO VICENTE MALDONADO

“Su patrimonio territorial corresponde a 656.50 kilómetros cuadrados de superficie. Integran más de treinta recintos y centros poblados distribuidos en toda el área perteneciente al Cantón. Entre los más importantes tenemos: Simón Bolívar, Diez de Agosto, Álvaro Pérez, San Vicente de Andoas, San Juan de Puerto Quito, Nueva Aurora, Paraíso Alto, Paraíso Bajo. La Célica, El Cisne, Pachijal, 15 de Mayo, Los Laureles, Brisas del Guayllabamba, Salcedo Lindo, Konrad Adenauer, Barrio Lindo, Monte Olivo, entre otros.”

Pedro Vicente Maldonado, el 16 de julio de 1978, el Municipio del cantón Quito, aprueba la Ordenanza de creación de la Parroquia, y luego de la aprobación del Consejo Provincial, la resolución se publica en el Registro Oficial, el día 6 de septiembre de 1978.

LIMITES: al norte con la provincia Imbabura, al Sur con Santo Domingo de los Tsáchilas, al Este con San Miguel de Los Bancos y Santo Domingo de los Tsáchilas y al Oeste con el cantón Puerto Quito.

Población: 12.924 habitantes.

Area: 619.8 km²

Altura: 620 m.s.n.m.

Clima: tiene una temperatura media entre 16° y 25°c. Invierno: inicia en diciembre a abril, disminuyendo en mayo. Verano: comienza en junio y termina en diciembre

Actividad: Agrícola, ganadera y turismo ecológico

Cuenta con diversos ríos y riachuelos se convierte en un atractivo para turistas nacionales internacionales. Existen 6 cascadas denominadas: las tinajas, laguna azul, cascadas verdes, el salto del tigre, Tatalá, cascada del río achotillo.

PRODUCCION AGRICOLA.-

De café, cacao, plátano, arroz, achiote, cidra, guayaba, lima. limón, naranja dulce y agria, granadilla, naranjilla, papaya, pepinillo, pimiento, tomate, toronja, zapallo, maíz, Fréjol, arazhá, camote, maní, yuca, maracuyá, chirimoya, caimito, mandarina, ají, rábano, piña, etc.

Dentro de las especies que se someten a procesos industriales tenemos: cabuya, palma africana, caucho, caña de azúcar, bambú, palmito, maní, etc.

PLANTACIONES DE PALMITO.-

En la actualidad, hay una producción con un rendimiento de 30.000 kilogramos por hectárea, en la vía hacia Puerto Quito, así como la construcción de dos

Plantas Procesadoras para este importante producto, ubicadas en el Km. 112, vía San Miguel de los Bancos y en la Cabecera Cantonal.

PLANTACIONES DE PALMA AFRICANA.-

El clima facilita cultivos de palma africana, la producción obtenida tiene un promedio de 14.000 kilogramos por hectárea y aporta con importantes fuentes de trabajo para los habitantes de recintos como: Unidos Venceremos I, Barrio Lindo, Cooperativa Agrícola Jhon F. Kennedy, entre otros.

OTROS CULTIVOS.- de yuca, de plátano, cacao, de maíz maduro.

PRODUCCION PECUARIA.-

Es importante la producción pecuaria. Permite la producción de biomasa herbácea exuberante, cuyo período apto para rotación es de veintiocho días lo que significa una producción de trece cosechas al año.

Existe una planta de procesamiento de productos lácteos ubicada en el Km 113, y una planta de concentración de la Asociación de Ganaderos del cantón, ubicada junto a la feria ganadera de la localidad. También se debe tomar en cuenta la producción de caballos de paso, en esta actividad hay una gran inversión de los ganaderos del sector. (GUEVARA, Alicia; TENE, 2012)

SUICIDIO

Según el sociólogo francés Emile Durkheim suicidio es “Toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que ella debía producir ese resultado”. (BATTISTINI, 2010). La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, define al suicidio como “la muerte ocasionada por la lesión autoinflingida informada como intencional”.

Desde hace algunos años, una gran cantidad de estudios realizados sobre el suicidio, indican que las tasas de este evento en zonas rurales son superiores en comparación con zonas urbanas. Este fenómeno se ha reportado en países como Estados Unidos, China, India, Irlanda, Finlandia, Inglaterra, Australia, Suecia, Dinamarca, Escocia y Japón. En Ecuador, en la región agrícola de Carchi, es donde se han presentado tasas de suicidio por encima del 17% representando el lugar con mayor incidencia de suicidio en este país.(ARIAS, 2010)

Es importante señalar que la conducta suicida debe ser visto como un grito de pedir ayuda, los intentos auto líticos son 70 veces más que los suicidios consumados, y se ha identificado al intento como uno de los mejores predictores del suicidio consumado.

Se sostiene que situaciones de estrés rural como el aislamiento social, aumenta la probabilidad de suicidio; En el modelo conceptual se señala que

el intento auto lítico es una reacción, una opción, como respuesta de 3 componentes: derrota, no escapatoria y no rescate.

En el contexto rural la decisión de auto daño no se da manera aislada, sino que es el último paso de una serie de eventos relacionados a situaciones sociales o culturales. La cadena causal comienza con una severa experiencia (por ejemplo, conflictos interpersonales) que da lugar a una persona por debajo de los estándares esperados por el mismo o la sociedad, a continuación se atribuye la culpa, esto conduce a un pensamiento negativo, sentimientos de insuficiencia, incompetencia o culpabilidad; para escapar el resultado es evitar la ayuda, anticipa los acontecimientos construyendo sus propios escenarios, esta situación, conduce a la deshibición que a su vez aumenta la voluntad de suicidio. Si se lleva a cabo la autolesión la probabilidad de muerte se verá afectado por la elección del método y la disponibilidad de atención rápida a esta persona. (Connor, 2003)

TIPOS DE SUICIDIO

Durkheim dividió simétricamente el suicidio en al menos 4 tipos básicos de acuerdo con su grado de regulación e integración social, es importante mencionar un término muy utilizado en la clasificación es la anomía, como estado social, es: “una falta de dirección que suele aparecer en las épocas de revolución social”, es un desequilibrio entre la estructura social y la conciencia cultural. (PALACIO, 2010)

1. **Suicidio egoísta.**- resulta de la alineación del individuo respecto de su medio social. En este caso el factor determinante es el auto sacrificio.
2. **Suicidio altruista.**- suicidio que se comete animado por una fuerte ideología, o por una extrema vergüenza cuando alguien ha quebrantado las normas de su grupo.
3. **Suicidio anómico.**- es el que se da cuando existe una falla o dislocación de los valores sociales, que lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida.
4. **Suicidio fatalista.**- se produce cuando no hay esperanzas de cambio frente a la disciplina opresiva de la sociedad.

FACTORES DE RIESGO

Existe una serie de factores de riesgo para intento auto lítico entre ellos: desestructuración familiar, antecedentes, riesgo de depresión, abuso de alcohol, violencia física y sexual, conflictos con sus parejas y/o familiares. Tanto la influencia de la familia disfuncional cuanto la sobreprotección familiar son también considerados factores de riesgo sobre todo en adolescentes a quienes no les permite afrontar la realidad tal como es.

En zonas rurales los suicidios tienen características particulares como el empleo de pesticidas como método, una menor frecuencia de trastornos por

uso de sustancias psicoactivas y de personalidad, y una mayor probabilidad de tener como eventos vitales adversos como la separación de la pareja.

En el intento suicida la depresión, dentro de factores psicológicos y psiquiátricos, es el mayor riesgo presentado por los adolescentes representa casi el 50% de intentos auto líticos en esta población. (BATTISTINI, 2010)

La enfermedad mental obliga a nuevas formas de análisis, si es que se considera que la subjetividad de los enfermos que buscan el suicidio, no es al mismo tiempo “vocación y abandono del mundo”.

Las sociedades suicidó genas, desde el psicoanálisis “que el sujeto es en parte fruto del discurso del Otro, del deseo del Otro; y la sociedad y el sujeto no tendrían más que una relación moebiana en estos términos mediada y mediatizada por el discurso”. (PALACIO, 2010)

Tanto en zonas rurales como urbanas, a pesar de la prevalencia baja de depresión, a nivel rural es más alta la tasa de suicidios.

La depresión es un factor de riesgo para intentos auto inflingidos, ya que conlleva a la ideación suicida, se debe considerar otros factores como el consumo de sustancias y trastornos de ansiedad con pensamientos y comportamientos suicidas, esto podría identificar a individuos en riesgo de suicidio.

Existen instrumentos para medir depresión e ideación suicida:

1.- **El Inventario de Depresión de Beck²³**: esta escala evalúa la gravedad e intensidad de la sintomatología con una muy buena consistencia interna. Evalúan el pesimismo para el futuro (ejemplo: “yo contemplo que mi futuro no tiene esperanza ni entusiasmo”).

Los puntajes más altos representan mayor desesperanza, este es un sistema fiable y medida válida que ha demostrado predecir evento al suicidio.

2.- **FACES III; Family Adaptability and Cohesion.- Evaluation Escala²⁵**: para evaluar el funcionamiento familiar, este instrumento entrega información sobre la percepción que cada miembro tiene de su familia en cuanto a la adaptabilidad y cohesión.

LA COHESIÓN.- “es el vínculo emocional y el nivel de autonomía”.

LA ADAPTABILIDAD.- “habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y evolutivo”

3.- **Cuestionario de salud general GHQ 12- Golberg**: para estimar la salud mental de los padres, evalúa la percepción del individuo sobre su estado de bienestar general, alcanzando altos niveles de confiabilidad.

En un sistema familiar desde un principio son necesarios los roles y límites, para evitar consecuencias negativas. (Pavez, Santander, & Carranza, 2009)

La evidencia muestra que en la mayoría de los casos, los intentos de suicidio son precedidos por las expresiones más pequeñas como cansancio vida o deseos de muerte.

Un reciente estudio internacional encontró que a través de una variedad de países y localidades urbanas / rurales, ideación suicida fue más frecuente que la depresión.

Escala de ideación suicida: llamada también escala de Roberts, creada en 1982 y mide cuan propensos a ideación suicida, más utilizada en adolescentes. (Silva, 2011)

TENDENCIAS SUICIDAS EN PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Un 63% de víctimas de suicidio experimentan trastornos por consumo de sustancias, incluyendo drogas y alcohol, mientras que más de un 70% de los que hacen un intento de suicidio tienen al menos un trastorno de ansiedad.

Las comorbilidades también tienen un papel importante, en las tendencias suicidas.

La prevalencia de los trastornos del estado de ánimo es a menudo equivalente a la observada en las regiones urbanas. (Handley et al., 2012)

En efecto, un acontecimiento vital negativo puede desencadenar el suicidio o comportamiento suicida porque los acontecimientos vitales negativos se asocian con trastornos psicológicos

Contextualizando en zonas rurales el mayor limitante es no contar con personal especializado en esta área, por lo que difícil obtener datos estadísticos y así llegar a conclusiones sobre la prevalencia de estas patologías y cuanto se puede o no relacionar al suicidio.

CULTURA / CRISIS SOCIALES Y SUICIDIO

Otro factor influyente del suicidio es la **cultura** que en zonas rurales, incluyen temas supernaturales y cosmológicos, muchas personas comparten una historia pasada y presente llena de transformaciones y desplazamientos de su entorno ambiental original.

Como se mencionó anteriormente estados de desesperación y frustración, aumentan la susceptibilidad de algunos grupos a cambios bruscos en su entorno, debido a que su habilidad para responder a estos cambios ha sido afectada.

El género y suicidio se relaciona directamente con las mujeres, pero datos encontrados en revisiones sobre suicidio en zonas rurales indican mayoritariamente en hombres, este supuesto se ve explicado al relacionar la recesión económica y el aumento del desempleo o la flexibilización del mercado

laboral, así como las migraciones, disminución del gasto público en salud y educación y la mayor participación de la mujer en actividades remuneradas, puede estar debilitando en algunas zonas rurales el protagonismo del hombre como sostén económico de la familia, erosionando a su vez su autoridad “moral” dentro del grupo familiar. Al tratar de entender las relaciones de poder y jerarquía, basado en identidades de género, puede estar limitando al entendimiento de porque ciertos grupos de hombres pueden ser más vulnerables a factores que aumentan sus estados emocionales como los estados depresivos. (ARIAS, 2010)

Se ha notado que las personas jóvenes son más vulnerables a tener ideas suicidas, y esto se debe a que socialmente tienen menos oportunidades de empleo, la dependencia económica, la mayor dificultad para entrar en contacto con los sistemas de salud y una tendencia de los individuos más saludables migrara hacia las ciudades en busca de mejores oportunidades de trabajo. (Valencia et al., 2011)

Sumando a las varias crisis sociales un estudio prospectivo que se lo realizo en todos los hospitales universitarios de Humadan Irán en pacientes ingresados por intento auto lítico, provenientes de zonas rurales no mostró mayor diferencia entre ambos sexos y mayor prevalencia hubo en persona entre los 15 y 24 años; las conclusiones de este estudio revelaron que existe un mayor riesgo de comportamientos suicidas en hombres desempleados, amas de casa, mujeres

rurales, estudiantes de secundaria y los que tienen un bajo nivel de educación.(Ghaleiha, Afzali, Bazayr, Khorsand, & Torabian, 2012)

Al continuar con los factores de riesgo, en un meta-análisis de 44 estudios con 192 362 participantes con intentos auto-líticos en zonas rurales de China, los resultados combinados indican que los trastornos del estado de ánimo y los acontecimiento vitales estresantes (enfermedad física, el suicidio de los familiares) aumentaron el riesgo de ideación suicida entre toda la población.

Un claro ejemplo de cómo influye la cultura en el suicidio es “**CHINA**”, El 56% de las mujeres que se suicidan en el mundo son chinas. El aborto está fuertemente asociado al incremento de suicidios. Hay evidencia clínica que indica que tras un aborto pueden presentarse actitudes suicidas debido al dolor de la pérdida y la depresión. Además, la preferencia por el varón en las zonas rurales lleva al infanticidio y al aborto selectivo de niñas.

Son múltiples los factores sociales, filosóficos e históricos que intervienen en esta cultura del suicidio. Un desarrollo económico que ha traído consigo cambios radicales a la vida de la población. Migración del campo a la ciudad, política de un solo hijo, cierre de cientos de empresas estatales, desempleo, fin de los beneficios sociales y del trabajo de por vida, liberalización de la mayor parte de los sectores económicos y creciente cultura del consumo y del dinero. (GUTIÉRREZ, 2010)

Y un último factor, aunque no menos alarmante. Hace ya una década se hablaba del hijo. Estos jóvenes están sometidos a un tremendo estrés en sus estudios. Sufren una presión permanente por parte de sus padres y abuelos, que ponen en su futuro académico todas sus esperanzas, a la vez que los protegen en exceso. Esto los convierte en personas incapaces de asimilar fracasos o desengaños amorosos, lo que explica muchos suicidios entre la población joven.

“EL MODO que tienen los chinos de afrontar el suicidio se ha ido consolidando a lo largo de la historia de su civilización, a lo que se une la posición de total inferioridad de la mujer en la sociedad a lo largo de milenios. Pero es la doctrina de Confucio, como filosofía y religión, la influencia cultural más importante en China. Desde la China feudal hasta la moderna, la mujer se ha suicidado por lealtad hacia el esposo cuando éste moría. Otra razón ha sido la muerte de la mujer para proteger el buen nombre y la decencia de la familia, si había sido violada o había mantenido una relación prematrimonial. Muchas veces, la viuda recurría al suicidio si se veía en la necesidad de romper las reglas de la decencia para sobrevivir, como iniciar una nueva relación por motivos económicos. Estas pinceladas dan una idea del problema actual. Herencia del pasado, negligencia por parte de las autoridades, escasez de recursos sanitarios y económicos, falta de sensibilidad, incapacidad para exteriorizar sentimientos... Los chinos a lo largo de la historia han socializado sus dificultades personales e interpersonales a través del suicidio, método aceptado

para comunicarse con la sociedad y para dar solución a las presiones”(GUTIÉRREZ, 2010)

Comportamientos entorno socio – familiar (padres, presión individual o casado y el rendimiento académico) y no saludables (tabaquismo, consumo de alcohol y drogas) fueron factores de riesgo para ideación suicida en jóvenes. Los comportamientos no saludables, trastornos del estado de ánimo y los eventos estresantes de la vida fueron los principales factores de riesgo de intento auto lítico.(Li, Li, & Cao, 2012)

Se observó como en áreas rurales el solo hecho de tener un evento estresante como es el suicidio, influye y aumenta la ideación suicida de los familiares de la víctima y de la comunidad en total.

En adolescentes el estudio concluyo que tienen mayor riesgo de ideación suicida aquellos con malas relaciones interpersonales con padres/ enamoradas/o compañeros, la sensación de aislamiento e incluso problemas de estrés social.

SUICIDIO Y FAMILIA

Al relacionar a la familia y suicidio se observó que esta aumenta cuando uno de los padres tiene un nuevo compromiso, en familias violentas, con antecedentes de suicidio, aislamiento, enfermedad biológicas discapacitantes o mortales en el hogar. (Jk, 2006)

Si hablamos de factores demográficos (sexo femenino, residencia en zona rural, educación inferior), psiquiátricos / psicológicos (trastorno del humor), los eventos negativos de la vida y recientes cambios en la vida predice suicidio, por último se indicó que las personas que habían sufrido un evento negativo/ estresante o un cambio reciente en la vida, y los que habían intentado suicidarse previamente o tenían parientes / amigos que habían cometido suicidio tenía un mayor riesgo de suicidio. (Li et al., 2012)

Se ha determinado que más del 90% de padres de familia que utilizaron diferentes formas de castigo corporal en sus hijos durante su niñez y adolescencia predispuso a un mayor riesgo de desarrollar problemas de relaciones sociales y de salud mental en el futuro, como: síntomas de depresión, ideas de suicidio, abuso de alcohol, abuso físico y golpear la esposa.

Se sugiere que un paso importante en la prevención primaria de la violencia y los problemas de salud mental se puede lograr mediante un esfuerzo nacional para reducir o eliminar todo el uso de los castigos corporales. (Mental, 2001)

Uno de estos factores psicosociales es la familia, que desempeña una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos, y que actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio propiciando

una menor o mayor vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar

Las pautas de interacción familiar se transmiten de una generación a otra, de manera consciente e inconsciente, lo que posibilita que a través del aprendizaje se perpetúen modelos negativos de funcionamiento familiar que constituyen factores de riesgo familiares esenciales para la conducta suicida, ellos son: la desorganización familiar en lo que respecta a un consenso de normas, sentimientos de falta de comunicación y hostilidad entre sus miembros, las riñas familiares constantes por parejas en permanente desacuerdo y disputa con agresión física o psicológica, la familia destruida por abandono físico o emocional de alguno de los padres o de ambos, los sentimientos de rechazo familiar unido a cogniciones disfuncionales familiares y la presencia frecuente en ambos padres de sentimientos de desesperanza y pesimismo acompañados de actitudes y conductas pasivas ante su propia vida y la familia. Existen además otros factores no tan influyentes como sobrecarga de roles, conflictos de poder entre los miembros, baja tolerancia entre ellos y rigidez en la solución de problemas. (Reyes, 2001a)

Otro estudio habla que la madre desempeña un importante papel en la ideación suicida de los hijos, hallazgo que se añade a otros acerca de la influencia preponderante de la madre en el comportamiento de los hijos, tal como sucede

en la motivación escolar. Asimismo, revela que el impacto materno sobre las ideas suicidas de los hijos es mayor en la mujeres que en los varones.

Los sujetos suicidas reportan predominio de mala afectividad y baja cohesión en sus familias. Los sujetos suicidas en su interacción con el medio familiar son el "perdedor" que generalmente tiene su origen en esta misma interacción, llevándolos a tener una visión más pesimista y hostil de los grupos humanos en los que se desenvuelven, intensificándose esta visión cuando su familia tiene problemas. La ocurrencia del intento suicida afecta a la familia en 2 sentidos, la propia familia puede ser una de las variables que influyó en que se produjera el comportamiento, y una vez que se produce este, el sistema familiar sufre una serie de modificaciones resultantes de los impactos del mismo sobre él. Las familias con intento suicida se caracterizó por la falta de unidad física y emocional ante situaciones de la vida cotidiana, incapacidad para establecer comunicaciones claras y directas entre sí y para expresar adecuadamente emociones positivas o negativas, escasa habilidad para negociar conflictos y déficits de recursos para afrontar las crisis, para dar y recibir ayuda y realizar cambios a su interior en función de las circunstancias. Estas características coinciden con las de las familias denominadas "conflictivas", en las que el clima está marcado por emociones y sentimientos negativos que se traducen en hostilidad, resentimiento o frialdad afectiva, aun cuando socialmente mantengan un comportamiento aceptable. (Reyes, 2001a)

Los factores de riesgo familiares esenciales aumentan la vulnerabilidad de las familias para que aparezcan conductas autodestructivas entre sus miembros.

COHESION FAMILIAR.- mide la “intensidad de los lazos emotivos que los miembros de una familia desarrollan entre sí”, medidos en términos de relaciones más frecuentes y estrechas entre ellos, y que se expresa generalmente en actitudes de apoyo mutuo, realización de actividades juntos y afecto recíproco.(BATTISTINI, 2010)

La familia es un sistema y se compone de subsistemas:

- Subsistema conyugal (papá y mamá)
- Subsistema paterno filial (padres e hijos)
- Subsistema fraternal (hermanos)

Todas las familias tienen características tipológicas:

- Composición (nuclear, extensa o compuesta)
- Desarrollo (tradicional o moderna)
- Demografía (urbana, suburbana o rural)
- Ocupación (campesino, empleado, profesionista)
- Integración (integrada, semi-integrada, desintegrada)

Es importante determinar la jerarquía para la organización familiar, sobre todo por los límites que representan las reglas y que delimitan las jerarquías que pueden ser difusos o rígidos.

HUERTA expresó “la familia representa fuente de salud o enfermedad, donde enfatizó la importancia de investigar los factores que pueden modificar la dinámica familiar”.

OLSON.- define “cohesión familiar como el vínculo emocional y autonomía existente entre los miembros de la familia (independencia, límites internos y externos, límites generacionales, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, interés y ocio)”

COHESIÓN FAMILIAR.- cuatro niveles:

- 1.- disgregada (muy baja),
- 2.- semi-relacionada (baja a moderada),
- 3.- relacionada (moderada a alta) y
- 4.- aglutinada (muy alta).

IDEACIÓN SUICIDA.- abarca desde pensamientos de falta de valor de la vida hasta la planificación de un acto letal, es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio.

CONDUCTA SUICIDA.- proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por el intento de suicidio hasta concluir con la muerte auto infringida, es decir, el suicidio consumado.

El suicidio puede influir en la familia, en la comunidad y en la sociedad, existe evidencia que los problemas familiares como la falta de comunicación con los padres, la ausencia de calidez familiar, incrementan el riesgo de conducta suicida, por lo que es importante en la etapa del ciclo vital familiar establecer límites y roles, para prevenir eventos.(BATTISTINI, 2010).

POSTERIOR AL INTENTO AUTOLITICO

Muchas personas pueden sentir enfado o rabia. Es posible que se pregunte “¿cómo puede pasarme esto a mí?” y que al pensarlo sienta un gran sentimiento de rabia. Este enfado puede ser general o hacia personas que usted piensa que no hicieron nada por ayudar (familia, amigos, médicos...). También puede sentir enfado con la persona que se suicidó, o tuvo el intento auto lítico porque se siente abandonado por ella. Otras personas también se sienten mal consigo mismas porque tienen la sensación de no haber hecho nada por evitarlo.

Otro sentimiento muy común es la culpa, pensar que no hicimos nada por prevenir la muerte de un familiar es muy doloroso. Sentir culpa es algo muy frecuente en los familiares, y es una de las partes más difíciles de superar. Algunas personas además de sentirse culpables, sienten que no tienen derecho a vivir o a ser felices después de algo así. Lo que hace que la idea suicida se forme en la familia.

MÉTODOS DE SUICIDIO

EL SUICIDIO POR INGESTIÓN INTENCIONAL DE PLAGUICIDAS: UNA TRAGEDIA CONTINUA EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO

En los países en desarrollo especialmente en zonas rurales, las causas de suicidio han sido por pesticidas agrícolas, la mayoría de personas que son agricultores, tienen su propio suministro de pesticidas dentro o cerca de la casa, lo que permite un acceso fácil a estos productos.

Así en China a nivel rural, los pesticidas agrícolas representan más del 60% de los suicidios, con productos químicos almacenados en el hogar.

Se ha determinado que la incidencia en países industrializados al auto – daño es 20 veces más que suicidio, además es más alto en mujeres entre 15 y 24 años de edad.

Ha habido una falta de respuesta global al problema de la muerte por plaguicidas por lo que han tomado en cuenta cinco factores principales que pueden contribuir:

1.- El modelo de la agricultura en los países en desarrollo, donde la gran mayoría de las personas viven en zonas rurales y cultivan áreas pequeñas de tierra, pero en países industrializados pocos agricultores cultivan grandes extensiones de tierra.

2.- Los intereses comerciales y la fácil disponibilidad de métodos letales de suicidio en los patrones de suicidio.

3.- La OMS Y MNH son responsables de la prevención del suicidio, y nunca han tomado en cuenta temas de campaña para evitar el auto envenenamiento.

4.- No han dado una importancia significativa al suicidio debido a que se han dedicado a problemas mundiales de salud como VIH, tuberculosis y malaria, dejando de lado este acto que también se torna importante para la humanidad.

5.-. La autointoxicación por pesticidas es ideológica y políticamente inconveniente. El uso de plaguicidas tiene efectos adversos sobre el medio ambiente y la salud humana.

Hasta el momento no habido compromiso mundial de responsabilizarse para reducir el número de muertes por pesticidas en un **“50% podría reducir rápidamente el número de suicidios en todo el mundo”** (Gunnell & Eddleston, 2003)

La intoxicación por plaguicidas se produce en zonas rurales, es decir que la evidencia de que los pesticidas auto-envenenamiento es uno de los métodos más utilizados de suicidio en todo el mundo. Según datos epidemiológicos y toxicológicos sugieren que se podría evitar suicidios si los plaguicidas son almacenados de forma segura, si los pesticidas más tóxicos se limitaran y si el acceso y calidad de la atención para la intoxicación podría mejorarse. Según las investigaciones que han realizado en comunidades en zonas rurales refieren que debe respaldar estrategias para la prevención de suicidios de plaguicidas en varios países.

La letalidad por pesticidas esta entre 1% y 70% según el pesticida que haya ingerido, así el paraquat y el fósforo de aluminio tienen una letalidad superior al 70%; mientras que por órganos fosforados los insecticidas dimetoato y clorpirifos 23% y 8% respectivamente.

Dependiendo de qué plaguicidas sean ingeridos, alrededor de un 20%-30% de los pacientes requieren intubación, de estos un tercio desarrollarán insuficiencia respiratoria tardía (síndrome intermedio), mientras que menos del 10% de intoxicaciones con otros pesticidas requieren intubación. (Gunnell & Eddleston, 2003)

Los pacientes intoxicados por paraquat o fosforo de aluminio por lo general, son intubados e ingresados en cuidados intensivos, por su mal pronóstico.

En China casi dos tercios de las muertes por plaguicidas fueron reanimadas, pero con respuesta fallida, por lo que refieren que se debería mejorar los recursos para la atención médica ya que podrían haber evitado algunas muertes.

RESILIENCIA FRENTE AL SUICIDIO

El suicidio es un problema mental de salud pública, es la tercera causa de muerte entre los adolescentes de todo el mundo.

Según Osman et-al.- definen RESILIENCIA “ante el suicidio como las habilidades, recursos o competencias percibidas por el sujeto para regular los pensamientos, sentimientos y conductas relacionados con el suicidio”.

El Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (*Suicide Resilience Inventory*, SRI-25), se organiza en tres factores:

- a) protección interna
- b) estabilidad emocional
- c) protección externa

INVENTARIO DE RESILIENCIA ANTE EL SUICIDIO (SRI-25).- Está diseñado para medir los factores que ayudan a preservar de pensamientos y conductas suicidas.

ESCALA DE APOYO SOCIAL (AS).- Mide la percepción global del apoyo social, desde la sensación de disponibilidad de apoyo emocional de las personas, a través de las áreas personal, laboral y familiar.

INVENTARIO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS SOCIALES (SPSI).- Evalúa dos dimensiones constructivas o adaptativas de la resolución de problemas y tres dimensiones disfuncionales.

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (BHS).- Es un instrumento creado para evaluar un sistema de esquemas cognitivos basados en la expectativa negativa del futuro a mediano y largo plazo.

Esta investigación en la que se destacó el fenómeno resiliencia ante el suicidio, se concluyó que el uso del SRI-25 es un instrumento útil para medir la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes escolarizados, es decir es una prueba adaptada a condiciones culturales de los que participaron en la investigación. (Villalobos-galvis, Ojeda, & Rojas, 2012)

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

FAMILIOGRAMA

Un genograma es un formato para dibujar un árbol genealógico que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones sobre por lo menos tres generaciones. Los genogramas muestran la información familiar en una forma que provee de un vistazo rápido de patrones familiares complejos y una fuente rica de hipótesis acerca de cómo un problema clínico puede estar conectado con el contexto familiar y la evolución del problema y del contexto con el tiempo.

Los genogramas muestran:

- La estructura de una familia.
- Las relaciones entre los miembros de una familia.

Para el común de las personas, realizar un genograma puede resultar una interesante actividad para realizar en familia y estrechar aún más los lazos, junto con aprender de la historia y lo que tengan que decir los miembros de más edad de su “clan”.

Al hacer un genograma, tener presente:

- Objetivo claro: quienes deberían ir (ej.: vínculos sanguíneos con una o dos personas clave) y quiénes no. Los genogramas explotan

combinatoriamente y es fácil con 3-4 generaciones llegar a las 100 personas o más. También si se privilegia cantidad o calidad.

- Esté preparado para recibir mucha información
- Esté preparado para recibir información parcial: particularmente de las personas que vivieron hace mucho tiempo puede haber problemas del tipo de que no se sabe si se llamaba de una forma o le decían así o si era su primer o segundo nombre o si tuvo matrimonios anteriores, etc.

Lo principal de un genograma es la descripción gráfica de como los diferentes miembros de la familia están biológica y legalmente relacionados entre otros de una generación a la siguiente.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

El presente estudio utiliza las entrevistas semi - estructuradas como instrumentos de recolección de datos en el marco del paradigma cualitativo de la investigación. El mismo representa una de las elecciones metodológicas utilizadas en una investigación más amplia cuyo propósito es analizar e interpretar las relaciones que pueden existir entre la respuesta familiar y el intento auto lítico en área rurales.

Las entrevistas constituyen un medio adecuado para recoger datos empíricos donde el investigador puede tomar la decisión acerca de respetar el lenguaje de los entrevistados y cuidar que sus categorizaciones o expresiones no distorsionen u obstaculicen los significados que les asignan sus informantes.

O bien su decisión puede inclinarse por analizar, organizar y mostrar los datos empíricos según sus propias categorizaciones y teorías sustentadas. “Es un encuentro guiado que implica un sistema de comunicación interpersonal con el fin de recoger información”. (Troncoso & Daniele, n.d.)

Características:

- Preguntas abiertas
- Permite relacionar temas
- Requiere gran atención por parte del entrevistador/a.
- Si el investigador no realiza una escucha activa se perderán matices

FORTALEZAS DE LAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS:

- El uso de una guía de entrevista significa que el investigador ha decidido como: usar el tiempo disponible para la entrevista de la mejor manera.
- Las guías ayudan a mostrar que está claro lo que se desea de la entrevista, pero que existe la flexibilidad para permitir que tanto el investigado o entrevistador como el informante sigan nuevos tópicos
- Si el mismo tipo de preguntas clave se formulan a cada entrevistado, los datos de estas entrevistas se pueden sistematizar con mayor facilidad (An et al., 2002)

JUSTIFICACION

El suicidio en el Ecuador está dentro de las primeras 15 causas de muerte, lo que nos lleva a pensar que en cualquier área sea esta rural o urbana este acto causa una sensación de inseguridad, que se ve reflejada como una respuesta a situaciones a las cuales el individuo no sabe cómo escapar. La presente investigación permitirá conocer las características de los suicidios en áreas rurales de Pedro Vicente Maldonado, además de establecer la relación existente entre la persona con intento auto lítico, la familia ya sea como factor en la toma de la decisión o como apoyo durante y posterior al evento. Estudios en áreas rurales y en zonas urbanas, señalan que los pacientes que cursan con crisis familiar son los que más se suicidan, por eso la importancia de plantear un estudio en el que la intervención sea sobre la familia.

El intento auto lítico en áreas rurales, se observa como respuesta a situaciones de estrés, a factores sociales y culturales, sin embargo el suicidio se ve afectado por situaciones particulares dadas por el contexto. Además se encontró que una característica clave del intento de suicidio fue la fuerte asociación con alteraciones en las relaciones de la familiares, por lo general con el cónyuge o los padres. (Zayas & Gulbas, 2012).

El suicidio es problema mundial, muchas de las causas o la verdadera razón para este evento sean subjetivas y solo se conozcan una vez consumado el acto y si es que el suicida dejó mensaje sobre la razón.

Como médicos de familia conocer la respuesta familiar ante el intento auto lítico nos dejará sentado una base que permita realizar una futura intervención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuáles son las características del Intento auto-lítico en áreas rurales de Pedro Vicente Maldonado. Además de conocer la Respuesta Familiar, desde el punto de vista de: influir en la toma de la decisión, reacción familiar ante el evento y apoyo familiar.

¿Cuáles son los Factores que caracterizan a los pacientes con intento auto lítico que llegan a la emergencia del Hospital Pedro Vicente Maldonado?

¿Cómo es la respuesta familiar frente a los intentos auto líticos de los pacientes que llegan a emergencia del HPVM?

OBJETIVO: Determinar las características de la respuesta familiar frente a los pacientes con intento auto lítico de áreas rurales que llegan a la Emergencia del Hospital Pedro Vicente Maldonado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Establecer las características cuantitativas y cualitativas de los suicidios en la zona rural de Pedro Vicente Maldonado
2. Describir la respuesta familiar frente al suicidio en el área rural a partir de los pacientes con intento auto-lítico que acuden a la emergencia del Hospital Pedro Vicente Maldonado

3. Identificar en pacientes con intento auto lítico, situaciones de estrés dados por: antecedentes personales o familiares, situación familiar, de pareja y económica.

HIPOTESIS:

1. Los intentos auto-lítricos en zonas rurales tienen patrones sociales, familiares e individuales particulares que los caracteriza en la medida en que se producen en contexto social, económico y cultural distinto.

MATERIAL Y METODOS

ÁREA DE ESTUDIO

El área que involucra el estudio son las zonas rurales de los cantones Pedro Vicente Maldonado, Puerto Quito, La Concordia, Los Bancos.

Pedro Vicente Maldonado tiene como cabecera cantonal la ciudad de Pedro Vicente Maldonado, cuenta con un clima cálido húmedo, en cuanto a la población aproximadamente un 50% es nativa del sector.

Puerto Quito ubicado al Noroccidente de la provincia de Pichincha, tiene un recorrido aproximado de 2 horas desde la salida de Quito.

La Concordia es un cantón ubicado al noroeste del país, su población aproximada es de más o menos 60.000 habitantes y su clima es lluvioso.

Los Bancos, cantón ubicado a 94 kilómetros de la ciudad de Quito; posee 52 centros poblados entre comunidades, recintos y cooperativas.

POBLACIÓN DE ESTUDIO: La población de estudio es la totalidad de los pacientes con intento auto lítico que llegaron a Emergencia del Hospital Pedro Vicente Maldonado desde enero del 2009 a diciembre del 2012 y que cumplieron con los criterios de inclusión (n=136).

Criterios de inclusión para la búsqueda de historias clínicas

- Los pacientes con antecedentes de suicidio o intento de suicidio.
- Los pacientes que se negaron a comunicar, después de un aparente intento de suicidio fallido.
- Los pacientes con antecedentes de problemas de salud emocional o mental con un acto de intento de suicidio.
- Pacientes procedentes de zonas rurales de Pedro Vicente Maldonado
- Pacientes que acuden a la emergencia del Hospital Pedro Vicente Maldonado con intento auto lítico.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Vivir en zonas urbanas
- Que el suicidio se consumo

DISEÑO DE ESTUDIO

Es un estudio de tipo transversal, con un componente cuantitativo y cualitativo.

RECOLECCIÓN DE LOS DATOS:

Se realizó una revisión retrospectiva de las hojas 008 de emergencia que están almacenadas en la base de datos del Sistema Sophy. Se recolectaron 136 Historias Clínicas de pacientes que ingresaron a emergencia por un intento auto-lítico y que cumplían los criterios de inclusión. De estos se logró contactar a 25 pacientes, pero solo se pudo entrevistar a 15, porque algunos se encontraban en lugares poco accesibles o porque no se encontraban en el domicilio.

Se contactó telefónicamente a los participantes, se realizaron visitas domiciliarias donde primero se obtuvo el consentimiento informado, posteriormente se aplicó una encuesta y una entrevista semi-estructurada, que duró aproximadamente 30 minutos.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION.

Los datos de la historia clínica fueron transferidos a una hoja de datos en el programa Excel. Las variables que se tomaron de la historia clínica fueron: edad, sexo, instrucción, trabajo, lugar de origen, método de suicidio e intento de suicidio, bajo efecto de alcohol.

Durante la visita domiciliaria a una muestra de la población se le aplicó una encuesta que nos permitió conocer las características del suicidio, y en base a esta orientar la entrevista y la realización del familiograma.

Además se realizó genogramas a las familias intervenidas, con la ayuda del sistema Geno-Pro, permitiendo establecer las relaciones entre cada uno de los individuos, conocer las crisis familiares y la respuesta a cada una de éstas.

Finalmente, una entrevista semi estructurada fue aplicada a los 15 participantes para conocer las características y respuesta pre, durante y post evento, los datos se tomaron con grabadora y con apuntes.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES DEL ESTUDIO

HISTORIAS CLÍNICAS

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	CATEGORÍAS
SEXO	Rasgo fenotípico de la sexualidad del individuo	Hombre Mujer	Hombre Mujer
EDAD	Número de años cumplidos hasta la fecha de investigación	Número de años	> = 35 años 20 – 34 años 11 – 19 años

TRABAJO REMUNERADO	Trabajo por el cual recibe salario de un tercero	SI NO	SI NO
INSTRUCCION	Grado de educación formal según los niveles educativos nacionales	Niveles aprobados	Ninguno Primario Secundario Superior
RESIDENCIA	Lugar donde la persona habita la mayor parte de su tiempo	Pedro Vicente Maldonado Puerto Quito La Concordia Los Bancos	Pedro Vicente Maldonado Puerto Quito La Concordia Los Bancos
METODOS DEL SUICIDIO	Conducta con la cual el individuo intento suicidarse con o sin éxito, relatada por el paciente o un testigo	Ingestión de sustancias No ingestión de sustancias	-Ingesta de sustancias tóxicas (uso agrícola) -Ahorcamiento -Armas de fuego arma blanca

Encuesta a los 15 pacientes seleccionados:

Se realizó una encuesta estructurada diseñada por las autoras del presente trabajo, que contenía las siguientes preguntas:

Nombre de la variable	Tipo de variable	Indicador	Categoría
Tiene usted alguna enfermedad biológica	Cuantitativa	Si No	Dicotómica
Tiene usted un diagnóstico previo de Enfermedad Psiquiátrica	Cuantitativa	Si No	Dicotómica
Usted consume psicofármacos	Cuantitativa	Si No	Dicotómica
Ha sufrido usted abuso físico en la niñez	Cuantitativa	Si No	Dicotómica
Ha sufrido usted abuso sexual en la niñez	Cuantitativa	Si No	Dicotómica
Ha tenido usted intentos de suicidio previo	Cuantitativa	Si No	Dicotómica

Ausencia de los padres en la niñez	Cuantitativa	Madre Padre Ambos	Politómica
Ha habido en su familia intentos suicidas	Cuantitativa	Si No	Dicotómica
Posterior al intento auto lítico se ha sentido apoyado por su familia	Cuantitativa	Si No	Dicotómica
Recibió apoyo familiar posterior al evento	Cuantitativa	Si No	Dicotómica
El conflicto con sus padres influyo en la toma de su decisión	Cuantitativa	Si No	Dicotómica
El conflicto con su pareja influyo en la toma de su decisión	Cuantitativa	Si No	Dicotómica
La muerte de un ser querido influyo en la toma de su decisión	Cuantitativa	Si No	Dicotómica
Su embarazo formo parte de la toma de decisión del intento auto lítico	Cuantitativa	Si No	Dicotómica

Problemas en el Trabajo	Cualitativa	Si No	Dicotómica
Problema económico	Cualitativa	Si No	Dicotómica

ANÁLISIS DE DATOS:

Para el análisis cuantitativo, se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas 008, a través del sistema SOPHY donde se obtuvieron variables sociodemográfica, método auto-lítico, y la previa ingesta de alcohol.

Los datos fueron transferidos al programa Excel para elaborar la base de datos, y luego al programa STATA versión 11 para el análisis.

Las variables categóricas se analizaron mediante frecuencias simples. La asociación de los factores socio-demográficos y el método de intento auto-lítico y también la asociación con intento auto-lítico bajo efecto del alcohol se evaluó mediante un análisis bivariado, usando la prueba de χ^2 o prueba exacta de Fisher, según sea el caso. Un valor de $p < 0.05$ se utilizó para determinar la significancia estadística.

CRUCE DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES		VARIABLES DEPENDIENTES
Sexo Edad Trabajo Instrucción Procedencia	VS	Método de suicidio

VARIABLES INDEPENDIENTES		VARIABLES DEPENDIENTES
Sexo Edad Trabajo Instrucción Procedencia	VS	Bajo efectos del alcohol

Para el análisis cualitativo el estudio de cada familia intervenida se lo realizó a través de la fenomenología, se entrevistó a 15 familias, cada una de las categorías creadas fueron en base a la encuesta antes aplicadas, donde se tomaron en cuenta: antecedentes familiares, decisión del intento auto-lítico

(factores causantes del evento); reacción familiar al evento y ayuda posterior al evento.

Mediante el programa Word lee, se ingresaron las entrevistas y se identificó las palabras que más se repetían, el análisis temático fue identificar la esencia de un fenómeno y transformar la experiencia vivida en una expresión textual de su esencia.

CUALITATIVO Categorías (Cualitativo)

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	PREGUNTAS
Decisión al intento auto-lítico	Maltrato (abuso sexual, abuso físico, ausencia de padre, madre o ambos	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuál fue la causa del Intento auto-lítico? 2. Como la familia o su pareja o problema económico influyo en la toma de la decisión? 3. ¿Puede describirnos el evento?
	Problemas con la pareja	
	Problemas con la familia extendida	
	Problemas económicos	
Reacción familiar al intento auto-lítico	Reacción de la familia extendida	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo respondieron los miembros de tu familia ante el evento? 2. ¿Cómo respondió tu pareja ante el evento?
	Reacción de la pareja	

Apoyo familiar	Apoyo familiar	<ol style="list-style-type: none"> 1. De quién recibiste apoyo posterior al evento? 2. ¿Cuál fue el apoyo que recibiste? 3.Cuál es tu percepción acerca del apoyo que recibiste?
	Apoyo de la pareja	

FAMILIOGRAMAS

ESTRUCTURA FAMILIAR:

En nuestro trabajo además se realizó otra tabla en la que se observa el tamaño de la familia, clasificándola de la siguiente manera.

Tamaño de la familia:

Grande: 6 o más miembros

Mediana: entre 4 y 6 miembros

Pequeña de 1 a 3 miembros

La ortogenia de la familia se clasifico en:

Nuclear: presencia de hasta dos generaciones (padres e hijos, matrimonios con hijos o sin ellos hermanos solos)

Extensas: presencia de dos generaciones o más. Incluye hijos casados con descendencia y sin ella.

Ampliada: cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores estructuras, puede incluir otras parientes y amigos

Número de generaciones:

Mono generacional: convive una generación

Bi generacional: conviven 2 generaciones

Tri generacional: conviven tres generaciones

Multi generacional: conviven más de 3 generaciones

ASPECTOS BIOÉTICOS

Consentimiento informado: a través de un documento escrito fue solicitado al paciente o a un representante legal que firme y de esta manera acepte su participación en el estudio, después de que se le explicó en qué consistía la investigación y su participación en la misma (anexo 1).

Confidencialidad de los datos: existió confidencialidad de la información con lo que se garantiza que esté accesible únicamente a los investigadores del estudio.

RESULTADOS

CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES CON INTENTO AUTOLÍTICO QUE ACUDEN A LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDRO VICENTE MALDONADO DESDE ENERO 2009 A DICIEMBRE 2012

La tabla 1 muestra las características socio demográficas de los pacientes con intento auto-lítico, identificándose un mayor porcentaje en el sexo masculino que en el femenino (59.56% versus 40.44%).

Adicionalmente, el intento auto lítico fue más prevalente en adultos jóvenes, frente a los adolescentes, adultos medianos y mayores con porcentajes de 46,32%, 26,47% y 27,21% respectivamente.

Con respecto a la instrucción y trabajo se observa que el intento auto-lítico es mayor en individuos que tienen algún tipo de instrucción (66.9%) y que trabajan (72%).

Por último los pacientes solteros presentaron un mayor porcentaje de intento suicida (53.7%) y le siguen los casados con el 24.3%.

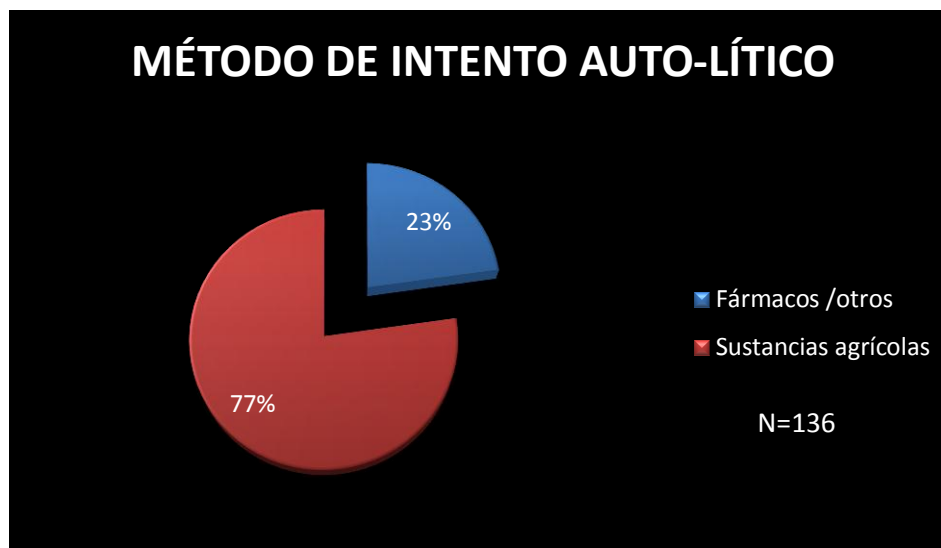
**TABLA 1. CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES CON INTENTOS
AUTOLITICOS QUE ACUDIERON AL HOSPITAL PEDRO VICENTE
MALDONADO DE ENERO DEL 2009 A DICIEMBRE 2012**

VARIABLE	No. (frecuencia)	%
Edad		
>= 35 años	37	27,21%
20 – 34 años	63	46,32%
11 – 19 años	36	26,47%
Sexo		
Femenino	55	40,44%
Masculino	81	59,56%
Estado Civil		
Divorcio	2	1,47%
Unión Libre	28	20,59%
Casado	33	24,26%
Soltero	73	53,68%
Instrucción		
No	45	33,09%
Si	91	66,91%
Trabajo		
No	38	27,94%
Si	98	72,06%

MÉTODO DE INTENTO AUTOLÍTICO

En el gráfico 1 se observa claramente que el método de suicidio o intento auto-lítico más utilizado en las áreas rurales del estudio, son las sustancias agrícolas, teniendo un 77% frente a otros métodos (fármacos, arma blanca, arma de fuego, cáusticos y carburantes) que representa el 23%. Dentro de las sustancias agrícolas la más utilizada fue el glifosato (42,65%).

Gráfico 1. Método del Intento Auto-lítico



ELABORADO POR: Estefanía Bautista y Verónica Barahona

Tabla 2. MÉTODO DE INTENTO AUTOLICO RELACIONADO A LAS SUSTANCIAS TÓXICAS

Método	frecuencia	%
Fármacos /otros	31	22,74%
Sustancias agrícolas	105	77,21%
total	136	100%

INTENTO AUTOLÍTICO CON INGESTA DE ALCOHOL

El gráfico 2 muestra que el intento auto-lítico con la previa ingesta de alcohol se observó en un 12%, frente a un 88% que no había ingerido alcohol previamente.

GRÁFICO 2. Intento auto lítico con ingesta de alcohol



**RELACION ENTRE MÉTODO DE SUICIDIO Y CARACTERÍSTICAS DE LOS
PACIENTES CON INTENTO AUTOLITICO QUE ACUDIERON A LA
EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDRO VICENTE MALDONADO DESDE
ENERO 2009 A DICIEMBRE 2012**

La tabla 3 muestra la asociación entre las características sociodemográficas y método de suicidio. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre sexo y el método de suicidio utilizado ($p > 0,001$). Los hombres reportaron mayormente utilizar sustancias agrícolas como método de suicidio en comparación al uso de fármacos (68,6% vs 29,0%). Lo contrario fue observado para la mujeres (31,4% vs 71,0%). Otra variable que se mostró asociada con el método de suicidio fue trabajo ($p = 0,001$), donde los individuos que trabajan utilizaron con más frecuencia como método de suicidio las sustancias agrícolas (79,0%) que los fármacos (48,4%). Finalmente, se observó que los individuos cuyo lugar de residencia fue Puerto Quito intentaron suicidarse utilizando mayormente sustancias agrícolas (21,0%) que fármacos (12,9%) mientras que los residentes de la Concordia lo contrario. No se observó una relación estadísticamente significativa entre la edad, instrucción y estado civil con el método de suicidio.

TABLA 3. RELACION ENTRE MÉTODO DE SUICIDIO Y CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES INTENTO AUTOLITICO QUE ACUDIERON A LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDRO VICENTE MALDONADO DESDE ENERO 2009 A DICIEMBRE 2012

Variables	Fármacos	Agrícolas	Total	P
	n (%)	n (%)		
	n = 31	n = 105	N= 136	
EDAD				
>=35	4 (12,90)	33 (31,43)	37(27,21)	
>=20 - 34	17 (54,84)	46 (43,81)	63 (46,32)	
>=11 - 19	10 (32,26)	26 (24,76)	36 (26,47)	0,125
SEXO				
Femenino	22 (70,97)	33 (31,43)	55 (40,44)	
Masculino	9 (29,03)	72 (68,57)	81 (59,56)	<0,001
TRABAJO				
No	16 (51,61)	22 (20,95)	38 (27,94)	
Si	15 (48,39)	83 (79,05)	98 (72,06)	0,001

ESTADO CIVIL				
Divorciado	1 (3,23)	1 (0,95)	2 (1,47)	
Unión libre	5 (16,13)	23 (21,90)	28 (20,59)	
Casado	4 (12,90)	29 (27,62)	33 (24,26)	
Soltero	21 (67,74)	52 (49,52)	73 (53,68)	0,184
INSTRUCCIÓN				
No	12 (38,71)	33 (31,43)	45 (33,09)	
Si	19 (61,29)	72 (68,57)	91 (66,91)	0,449
LUGAR DE RESIDENCIA				
La Concordia	3 (9,68)	1 (0,95)	4 (2,94)	
Los Bancos	7 (22,58)	16 (15,24)	23 (16,91)	
Pedro Vicente Maldonado	17 (54,84)	66 (62,86)	83 (61,03)	
Puerto Quito	4 (12,90)	22(20,95)	26 (19,12)	0,046

INGESTA ALCOHOLICA Y CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES CON INTENTO AUTOLITICO QUE ACUDEN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDRO VICENTE MALDONADO DESDE ENERO 2009 A DICIEMBRE 2012

En la tabla 4 se encuentran los resultados de la asociación entre las variables sociodemográficas e intento de suicidio con intoxicación alcohólica. No se encontró asociación estadísticamente significativa de edad, sexo, estado civil, trabajo con intento auto-lítico bajo efecto del alcohol. Sin embargo, lugar de procedencia si mostró estar asociada ($p=0,002$). Una mayor diferencia fue observada en los habitantes de Pedro Vicente Maldonado donde mayormente no mostraron tener una intoxicación alcohólica previa al intento auto-lítico (64,2%), mientras que los habitantes de los Bancos (50,0%) si mostraron esta característica.

**TABLA 4: INGESTA ALCOHOLICA Y CARACTERISTICAS DE LOS
PACIENTES CON INTENTO AUTOLITICO QUE ACUDEN A EMERGENCIA
DEL HOSPITAL PEDRO VICENTE MALDONADO DESDE ENERO 2009 A
DICIEMBRE 2012**

Variables	No		Si		Total	P
	n	(%)	n	(%)		
	n=120		n=16		N=136	
EDAD						
>=35	34	(28,33)	3	(18,75)	37	(27,21)
>=20 - 34	52	(43,33)	11	(68,75)	63	(46,32)
>=11 - 19	34	(28,33)	2	(12,50)	36	(26,47)
						0,151
SEXO						
Femenino	50	(41,67)	5	(31,25)	55	(40,44)
Masculino	70	(58,33)	11	(68,75)	81	(59,56)
						0,425
TRABAJO						
No	34	(28,33)	4	(25)	38	(27,94)
Si	86	(71,77)	12	(12,75)	98	(72,06)
						0,780
ESTADO CIVIL						
Divorciado	2	(1,67)	0	(0,00)	2	(1,47)
Unión libre	24	(20,00)	4	(25,00)	28	(20,59)
Casado	31	(25,83)	2	(12,50)	33	(24,26)
Soltero	63	(52,50)	10	(62,50)	73	(53,68)
						0,629

INSTRUCCIÓN				
No	41 (34,17)	4 (25,00)	45 (33,09)	
Si	79 (65,83)	12 (75,00)	91 (66,91)	0,464
ORIGEN				
La Concordia	4 (3,33)	0 (0,00)	4 (2,94)	
Los Bancos	15 (12,50)	8 (50,00)	23 (16,91)	
Pedro Vicente Maldonado	77 (64,17)	6 (37,50)	83 (61,03)	
Puerto Quito	24 (20,00)	2 (12,50)	26 (19,12)	0,002

ESTRUCTURA FAMILIAR:

En los 15 individuos con intento auto-lítico se observó una prevalencia de familias grandes con un 93% y familias medianas en un 7%. Con respecto a la ontogenia se observó que predominaron las familias extensas con el 73,3 %.

Además con respecto a la estructura familiar se observó una mayor prevalencia de familias monoparentales (40%) a diferencia de las biparentales (33%), y ausencia de uno o ambos padres (27%).

Cabe también señalar que de las familias estudiadas un 40% representó a familias reconstruidas donde la madre tenía más de un compromiso y esta característica se repetían de una generación a otra, en las familias de paciente con intento auto-lítico (ver anexo 2).

TABLA 5. CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DE LOS INDIVIDUOS CON INTENTO AUTO LITICO QUE ACUDIERON A LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDRO VICENTE MALDONADO DESDE ENERO 2009 A DICIEMBRE DEL 2012.

1. Tamaño de la familia:			
Grande		14	93,3%
Mediana		1	7,7%
pequeña		0	0%
2. Características de la familia según la estructura			
Nucleares		7	46,6%
Mononucleares		2	13,3%
Reconstruidas		6	40%
3. La ortogenia de la familia			
Nuclear		1	6,66%
Extensas		11	73,3%
ampliadas		3	20%
1. Número de generaciones			
Monogeracional		13	86,6%
Bigeneracional		2	13,4%
Multigeneracional		0	0
2. Según el núcleo de hijos			
Mononuclear		5	33,3%
Sin Hijos		2	13,4%
Binucleares		3	20%

Nuclear Numerosa	5	33,3%
3. Por la presencia de los padres		
Biparentales	5	33%
Monoparentales	6	40%
Ausencia	4	27%
4. Por su desarrollo		
Modernas	11	73%
Tradicionales	4	27%

CUALITATIVO

FAMILIA E INTENTO AUTOLITICO

FAMILIA Y DECISION DEL INTENTO AUTOLÍTICO:

Se encontró que en las 15 familias analizadas, la decisión del intento auto-lítico se relacionó con la familia en distintas formas.

Nuestra investigación señala claramente que la desorganización, la ausencia de uno o ambos padres, y la falta de lazos familiares durante la niñez, son características importantes en la conducta suicida.

Al análisis de los datos, se observa que la posible causa que llevó a los pacientes a un posible intento auto lítico, en las entrevistas planteadas repetitivamente se mencionaron palabras, como “abandono, madre, no está, apoyo”, el Fenómeno encontrado es **Ausencia de uno o ambos padres durante la niñez**, como precipitante del intento auto-lítico.

Existe una relación entre la ausencia de los padres y las familias reconstruidas, donde las mujeres, tiene más de un compromiso, y en muchos de los casos dejando a los hijos de su primer compromiso al cuidado de los abuelos, o en convivencia con esta nueva familia pero con un trato diferenciado entre los hijos que tuvo con la primera y segunda pareja. En varios estudios se observó que estos pacientes con ausencia de uno o ambos padres, el patrón de respuesta aprendida frente a un problema o una crisis familiar, es de tener un sentimiento

de no escapatoria, de no poder resolver un problema, y en algún momento de su vida ven como puerta de escape el suicidio.

Al abandono de los padres se observó una relación con vulnerabilidad de los pacientes a ser abusados sexualmente o físicamente durante la niñez, estas crisis acrecienta la posibilidad de un intento auto-lítico, convirtiéndose en etapas no resueltas donde el patrón de no escapatoria que se mencionó anteriormente se presenta, y muchas de las veces se oculta o se repite con crisis como pérdida del trabajo, deudas, o maltrato por su pareja.

Entrevista No. 10 “ Mi mama no se lleva conmigo, ella pasa en otro País tiene otra familia y quiere que yo no este con mi papa.....estoy harta..... Mi mama se quiere meter en mi vida y quiere que yo no me lleve con mi papa, porque la abandono a ella y a mí cuando era pequeña, es metida está lejos y quiere meterse en mi vida

Historia clínica No. 5

“Es que el Patricio no me entiende yo le conté lo de mi padrastro (abuso sexual y físico durante la adolescencia) y él me dice que yo mismo he de ver querido, y yo le digo entonces para que estés conmigo, y él me dice ya mejor me voy a ir para que no me jodas, yo me puse a llorar y me tome muchos medicamentos para morirme, para que vivir si nadie me quiere”.

PAREJA Y LA DECISION DEL INTENTO AUTOLÍTICO

Durante las entrevistas uno de los principales desencadenantes de la ideación suicida o del intento auto-lítico fue conflictos con la pareja, en los que se observó un fenómeno de **“amenaza de abandono del hogar, miedo al abandono”**.

Frente a un posible abandono por su pareja, las pacientes no encuentran salida, se ven ante la idea de no tener un ingreso económico y que posiblemente la pérdida de su compañero sea una réplica de abandono vivido en la niñez.

Historia clínica No. 12 “Estaba cansada siempre había sufrido desde chiquita, mi mama se hizo de otro compromiso y siempre nos pegaba y nos decía que éramos estorbos, cuando me junte con el Joaquín pensé que todo iba hacer mejor pero me equivoque, el me pegaba y si no me acostaba con el me decía que se iba a buscar a otras mujeres y después no me queje”

“En la noche llegó el Joaquín borracho y quiso pegarme y porque no me deje se fue diciéndome que no me quería que era fea y que me iba a dejar, yo estaba llorando y no quería seguir viviendo, no era la primera vez que sentía esto pero ahora creo que eran más problemas y solo me fui a la bodega y tome el frasco donde estaba el mata malesa y me tome un poco”

Varios estudios demostraron que el conflicto con la pareja es una de las primeras causas de muertes en los suicidios.(BATTISTINI, 2010) Existe una

dinámica de dependencia de la pareja sobre todo de la mujer a su pareja, haciendo que se vea obligada a perder en ciertas circunstancias como es la toma de decisiones en problemas sobre todo de ente sexual. A esto se suma que puede existir una dependencia y un posible círculo de violencia.

Otras causantes:

En la toma de la decisión del intento auto-lítico, se encuentran los problemas económicos, enfermedades psiquiátricas, y estados de dependencia a drogas o alcohol.

Con respecto a las enfermedades mentales como depresión, no se podría hablar claramente si existe o no un patrón asociado al intento auto lítico y esto se debe a que en áreas rurales no se cuenta con personal capacitado (psiquiatras) para este tipo de diagnóstico, haciendo que esta deficiencia sea por falta de recursos y no por que no esté presente, **“el no diagnóstico”**. (Handley et al., 2012)(Zayas & Gulbas, 2012)

REACCIÓN FAMILIAR FRENTE AL INTENTO AUTOLÍTICO”

Al análisis de la reacción frente al intento auto lítico con respecto a la familia extendida, se observó momentos de compasión, reencuentros familiares, posibles perdones o incluso ganancia frente a un evento. “llamar la atención”

En algunas familias se identificó que la reacción frente al intento de suicidio fue buscar un causante y victimizar al paciente, sin enfocarse en problemas anteriores y el pasado no es tomado como posible desencadenante, repitiéndose la historia de una falta de resolución de problemas, aumentando de esta forma el riesgo de un nuevo intento auto-lítico.

Otra reacción encontrada en la familia extendida es de sobreprotección de la víctima alejándola del supuesto entorno dañino.

En la reacción de la pareja, la ganancia del paciente ante su compromiso es grande ya que logra un estado de compasión en él, haciendo que este se retracte de palabras o de actos como el posible abandono del hogar. “**Ganancia frente a la pareja**”. Para la paciente el intento auto lítico se convierte en una posible escapatoria para la resolución de problemas haciendo que en muchos de los casos luego del evento solo se trate de un posible acto de persuasión para retener a su pareja.

Historia clínica 13: “Mi esposo, me fue a ver al hospital al siguiente día y me llevo a la casa, ahí hablamos y me pidió perdón, las cosas han cambiado un poco. Pero a veces si se pone a tomar y quiere pegarme”.

APOYO FAMILIAR

Durante y posterior al evento forma parte importante de la secuencia del intento auto lítico; y, sobre todo permite enfocarse en posibles investigaciones de resiliencia.

En las distintas entrevistas una característica importante es que posterior al evento y si el causante es conflicto con la pareja “posible separación”, esta tiene un sentimiento de culpa, haciendo que el apoyo físico y moral sea casi en su totalidad de su compañero.

“Me llevó inmediatamente al hospital, y me cuidó, y me dijo que los dos debemos cuidar de nuestros hijos.”.....”Ahora mi esposo está a mi lado”

En los problemas de pareja cuando se involucra la palabra separación, la parte afectada no ve más salida que la decisión de autolesión, pero saliendo un poco del esquema del no escape, algunas parejas dentro de lo no dicho no concibieron la idea del suicidio si no después de poder ver ganancia en este acto, pero teniendo en cuenta que solo sería un “susto”.

De las pacientes entrevistadas un 30% aproximadamente recibió ayuda psicológica, pero con tratamientos incompletos. De las realizadas en el Hospital Pedro Vicente Maldonado en una de ellas, se pudo realizar una alianza de escucha activa entre madre e hija, actualmente la convivencia y el dialogo es

mejor en la familia, no se observa en la paciente ideación suicida, “paciente adolescente” incluso podría decirse que tiene ideales de superación.

La familia extendida durante este tipo de crisis se aglomera, haciendo que la víctima se crea mucho más vulnerable de lo que verdaderamente es, no se enfocan en el verdadero problema y sobre todo si el causante es un conflicto familiar y esta se ve involucrada. Toda esta afluencia de familiares, hace que cosas que son superficiales sean concedidas a la paciente como compensación al evento y así puede ser olvidado más rápidamente. (Marrero, yanebis, Alvarez, 2011)

Se observó en varios estudios que los problemas no resueltos a pesar de ya existir un evento auto lítico previo, aumenta el riesgo de continuar con la ideación suicida y que en algún momento se convierta en un evento consumado. (Pavez et al., 2009)

“Recibí apoyo de mi madre, mi hermana menor y de mi esposo”..... Mi madre, mi hermana menor y mi esposo no me dejaron solita en el hospital, me cuidaron y me llevaban a donde los médicos para ver si no tengo nada.....

Tengo miedo sigo pensando que no debería vivir, que soy un problema para todos

En las familias rurales el apoyo esta dado casi en su totalidad por la familia, en primera instancia todos se reúnen y tratan de ayudar a la víctima pero poco a poco eso desaparece y regresa a las condiciones anteriores, sin encontrar el verdadero causante del intento auto-lítico.(Reyes, 2001b)

Existe mucho sobre resiliencia aunque en nuestro estudio no nos enfocamos en este campo pero sería una investigación muy acertada para posibles intervenciones.

DISCUSIÓN

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

En estudios sobre suicidio y las características de la población se observó que al igual que nuestra investigación el porcentaje de sexo masculino es mayor que el femenino, con un 59,56%, frente al sexo femenino en un 40,44%, aunque en otras zonas rurales es lo contrario pero tiene un componente cultural importante, un claro ejemplo China. (Judd, Cooper, Fraser, & Davis, 2010)

A los datos obtenidos en nuestro estudio retrospectivo, se añade la edad, con un mayor porcentaje en adultos jóvenes frente a los adolescentes y adultos mayores de 46,32%, 26.47%, y 27.21% respectivamente. Con respecto a la instrucción y trabajo se observa que el intento auto-lítico es mayor en individuos que tienen algún tipo de instrucción (66,9%) y que trabajan (72%).

Además se observó un mayor porcentaje de intento de suicidio en pacientes solteros, y le sigue muy de cerca pacientes casados.

MÉTODO DE SUICIDIO

En algunos países en desarrollo, la intoxicación por pesticidas se ha convertido en uno de los principales motivos de consulta. El uso de estas sustancias es poco regulado convirtiéndose con frecuencia peligroso para la salud, además que por su fácil disponibilidad también es un método popular de auto-daño. En

los últimos años la OMS ha recomendado que el acceso a los pesticidas altamente tóxicos debe restringirse, donde esto se ha aplicado, las tasas de suicidio han descendido. (Eddleston et al., 2002).

En nuestra investigación el principal método de suicidio es el uso de sustancias agrícolas tóxicas, y como está planteado anteriormente esto se debe a que la principal fuente de trabajo en estas áreas es la agricultura haciendo que casi el 77% de su población tenga un fácil acceso y económicamente rápido a estos tóxicos.

ESTRUCTURA FAMILIAR

En nuestro estudio las familias grandes representan el 73.3%, y a esto se suma una característica cultural de esta zona y son los hogares reconstruidos que representan el 40%, esto se ejemplifica al observar el estudio realizado en el Nor-Occidente del Ecuador (Herrera, nd), donde el ciclo de la mujer se completa al tercer compromiso, y esto se repite como patrón en estas familias, haciendo que los hijos no tengan un hogar nuclear claro y sus pilares sean suplantados por padrastros, o lo que ocurre en la mayoría de los casos por los abuelos.

En estos hogares reconstruidos además se observa un círculo de violencia que se repite de generación en generación, con una dependencia y miedo de la mujer a ser abandonada por su pareja.

SUICIDIO Y LA RESPUESTA FAMILIAR:

Existen factores de riesgo familiares considerados en el proceso suicida, en nuestra investigación, los más importantes fueron antecedentes de violencia familiar, abuso sexual o físico en la infancia o ausencia de unos o ambos padres. Estas influencias familiares tempranas directas y duraderas forman parte sustancial en la formación de la personalidad de los individuos, y actúa en el como agente modulador en su relación con el medio, propiciando una menor o mayor vulnerabilidad para el afrontamiento de conflictos personales, interrumpiendo en este tipo de individuos el aprendizaje de conductas protectoras.(Vijayakumar, John, Pirkis, & Whiteford, 2005)(Reyes, 2001b)

La ocurrencia del intento suicida afecta a la familia en 2 sentidos, la propia familia puede ser una de las variables que influyó en que se produjera el comportamiento, y una vez que se produce este, el sistema familiar sufre una serie de modificaciones resultantes de los impactos del mismo sobre el individuo. El otro sentido es que la familia no forme parte del evento y tenga un componente extra, el cual puede tener influencia social o cultural.

Las familias en zonas rurales son grandes y cuando existe una crisis como es el intento auto-lítico, estas se aglomeran y muchas de las veces victimizan a la paciente más de lo que es, o en otros casos es ignorada y un evento como este no se vuelva a repetir.

Saliendo un poco del ámbito familiar en cuanto a lo cultural y lo social, que en estas zonas forma parte importante de la ideación suicida, tanto es así que en algunas comunidades rurales se observó que cuando un evento suicida se lleva a cabo en ese lugar, los posibles eventos suicidas en el resto de la población aumentan haciendo de esto no sea un evento individual ni familiar sino social. (Handley et al., 2012)

LA PAREJA Y EL SUICIDA

En áreas rurales la jerarquía se encuentra en el hombre sobre la mujer, pero en la actualidad se habla de una emancipación de la mujer, socialmente ocupando un lugar ya dentro de la comunidad y esto se ve representado muchas veces por la igualdad en los trabajos, aunque todavía se observa que el pago a las mujeres es mucho menor que el de los hombres, solo por el hecho de ser más débiles. Pero esto cambió logrando que mujeres en áreas rurales que cuentan con un trabajo estable y bajo un contrato, su rol dentro de su familia sea otro, haciendo incluso que asuntos domésticos dentro de estos hogares se compartan con el hombre.

En otros hogares donde la mujer trabaja informalmente sin un contrato y el hombre, es el principal proveedor económico, la jerarquía sigue siendo esta y el poder no se comparte, al igual que los asuntos domésticos sean netamente de la mujer. El hombre emplea incluso este poder para aportar solo una parte de su salario a su hogar y la otra parte para gastar en alcohol o burdeles, su

concepto hacia su pareja, es que debe cumplir tanto sexualmente, como en tareas del hogar y esto es aceptado socialmente, incluso por la mujer. La negociación esta dada solo por condicionamientos del hombre, donde la amenaza del abandono esta constante hacia la mujer, sin encontrar salida, teniendo que aceptar, incluso acude a métodos perjudiciales, como el intento de suicidio para retener a su pareja y lograr una posible negociación.

Como se concluyó en nuestro estudio al momento que se observó que el causante o el motor que llevó al potencial suicida a tomar la decisión, fue un problema o conflicto con la pareja donde se ve involucrada la separación, el paciente adquirió posterior al intento suicida una “**GANANCIA**”, que fue el no abandono o por lo menos ganar tiempo junto a su pareja. (Zayas & Gulbas, 2012)

Además en estas familias se encontró un grado de violencia que en la pareja era aceptado como parte de la convivencia.

CONCLUSIONES:

Las características etnográficas de los pacientes con intento auto-lítico, en zonas rurales de Pedro Vicente Maldonado son:

El porcentaje de sexo masculino es mayor que el femenino, con un 59,56%, frente al sexo femenino en un 40,44%. Con respecto a la edad, un mayor porcentaje en adultos jóvenes frente a los adolescentes y adultos mayores de 46,32%, 26.47%, y 27.21% respectivamente. En relación a la instrucción y trabajo se observó que el intento auto-lítico es mayor en individuos que tienen algún tipo de instrucción (66,9%) y que trabajan (72%). Y por último un mayor porcentaje de intento de suicidio en pacientes solteros, y le sigue muy de cerca pacientes casados.

El principal método de suicidio de las personas en áreas rurales de Pedro Vicente Maldonado es la ingesta de sustancias tóxicas agrícolas, y esto se debe a su accesibilidad, ya que la principal fuente de trabajo en estas zonas es la agricultura y la crianza de animales (ganadería, pollos o cerdos), el contacto con pesticidas, herbicidas, es continuo. Esto hace que el método de suicidio sea rápido, accesible y económico. Podría concluirse que la relación existente es por el acceso al método y no por preferencia del suicida.

No se observó relación alguna entre la ideación suicida o el acto del intento auto-lítico, y estar bajo el efecto del alcohol.

La familia como célula fundamental de la sociedad participa de forma importante en las decisiones o conductas que pueden o no tomar sus miembros, ya que las crisis y como resuelve la familia cada una de estas, actúa como agente modulador en el transcurso de sus vidas formando su personalidad, haciendo que si existe un patrón de posible no escape, este se aprenda como un prototipo para cada una de las generaciones.

Antecedentes de abuso físico, sexual, o ausencia de uno o ambos padres en las niñez, son características familiares importantes en el intento auto-lítico en áreas rurales de Pedro Vicente Maldonado y esto se debe a que este tipo de personas son más vulnerables, y las crisis a las que se vieron enfrentados muchas de las veces no son resueltas, repitiéndose un patrón de no escape en todos los problemas que tendrían que afrontar. Además vale acotar que esta ausencia de los padres se relaciona con el 40% de las familias reconstruidas encontradas en nuestro estudio y se ejemplifica con el ciclo de la mujer en estas zonas.

Las nuevas posibilidades de ruptura y recomposicion familiar en estas zonas rurales del subtropico, han conducido a un significativo aumento de los hogares monoparentales, especialmente dirigidos por mujeres. Existen variedad de formas monoparentales de hogar no exclusivas, en la que los núcleos monoparentales conviven junto a otros familiares u otras personas no emparentadas.

En las familias grandes cuando existe una crisis de suicidio, esta se aglomera, tratando de intervenir o muchas de las veces ocultando el verdadero motivo del intento auto-lítico y sobre todo si es de ámbito familiar. Además existe una ideación que victimizando a la paciente más de los que se debería en ese momento hay un tipo de bienestar, haciendo que el sistema familiar no se desestabilice.

Por el hecho de que la mujer se incorpore al mercado del trabajo no lleva consigo el que se compartan con el marido las responsabilidades domesticas y mucho menos, cuando el trabajo realizado por la mujer se enmarca en una economía informal y solo se considera una ayuda a la familia.

Las referencias sobre la vida conyugal en donde reina el machismo y en donde aparece la mujer dependiente y sumisa, abnegada y masoquista, es frecuente en un medio rural.

Sabiendo que la union de la familia en areas rurales constituye la mujer, y el hombre esta representado como una entidad jerarquica más que de unión, al entrar en juego los conflictos conyugales, donde la separacion se ve como alternativa, la mujer como fuente de unión, familiar, trata de encontrar una supuesta estabilidad ante esta crisis, haciendo que condicionamientos expuestos por su pareja sean aceptados. En nuestra investigacion se pudo observar que la mujer puede implementar estrategias como el intento de

suicidio como vínculo para la negociación con su pareja y lograr una posible no separación.

Las crisis conyugales que se producen van a sucederse en diferentes estadios que van a imponerse con las fases del ciclo vital familiar, modificándolo y generando diversos momentos de incertidumbre.

En estos hogares la figura materna es la que más cerca está de sus hijos y el padre solo es una figura de jerarquía y mucha de las veces de distanciamiento.

En los hogares estudiados se observó violencia física, sexual y psicológica, que se repetía como patrón de generación en generación, creando en algunos de sus miembros un estado de depresión??, inseguridad y dificultad para crear armas de defensa en sus futuras relaciones, sobre todo en mujeres donde veían que sus madres eran violentadas diariamente.

Al momento que se asocia suicidio y conflictos de pareja donde la palabra separación se ve involucrada, existe una **GANANCIA** por parte del paciente ya que logra en su pareja un estado de compasión hacia ella, haciéndola ver vulnerable y que el acto de la separación no sea posible o por lo menos ganar tiempo para solucionarlo.

El paciente con antecedentes de varios intentos auto-lícticos es predictor de un posible suicidio consumado.

RECOMENDACIÓN:

La relación familiar es un nicho donde puede gastarse la resiliencia para rehabilitar a una persona que ha tenido un intento suicida, cuando el entorno familiar a pesar de las condiciones adversas puede dar soporte.

Los servicios de salud pública rural deberían utilizar modelos para identificar el riesgo suicida en la población y así realizar futuras intervenciones.

La estructura y dinámica familiar forman parte importante en todo el ciclo del suicidio por lo que se debería considerar futuros trabajos enfocados en esta área.

El suicidio en áreas rurales tiene mucho componente social y cultural por lo que se debería considerar estas dos unidades como parte de intervenciones por parte del personal de salud.

En áreas rurales se debería considerar la presencia de profesionales en salud mental, o que tengan conocimiento de esto y así poder observar si existe en realidad un patrón de depresión en esta población que puede ser resuelto con ayuda profesional.

En la negociación de los conflictos de pareja, los patrones de mala comunicación perpetúan el problema y conducen finalmente a la separación, por lo que se considera oportuno crear puentes de comunicación entre la pareja que lleven a la solución de problemas y no los perpetúen, y así evitar

que decisiones como el intento auto-lítico en las mujeres sea una opción para la negociación con su pareja y evitar la separación.

BIBLIOGRAFIA:

- An, L. O. S. M. D. E., Investigaci, L. E. N., Salud, C. E. N., Cr, P., En, R., & Alta, V. O. Z. (2002). LOS MODOS DE ANÁLISIS EN INVESTIGACION CUALITATIVA EN SALUD: PERSPECTIVA CRÍTICA Y REFLEXIONES EN VOZ ALTA. *Revista Española de Salud Pública*, 423–436.
- ARIAS, E. B. I. (2010). “UNA APROXIMACIÓN AL ENTENDIMIENTO DEL SUICIDIO EN COMUNIDADES RURALES Y REMOTAS DE AMÉRICA LATINA.” *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. REDALYC*, 28:82(Colombia), 185–210.
- BATTISTINI, F. (2010). “RIESGO SUICIDA Y COHESIÓN FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE ORIENTE.” *Universidad de Oriente Núcleo Bolívar*.
- BETANCOURT, A. (2008). “EL SUICIDIO EN EL ECUADOR: UN FENÓMENO EN ASCENSO.” *FLACSO SEDE ECUADOR*, 26(Quito, Ecuador), 4–9.
- Betancourt, A. (2008). El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso. *Flacso Sede Ecuador*, 4–9.
- Connor, R. C. O. (2003). Suicidal Behavior as a Cry of Pain : Test of a Psychological Model. *Archives of Suicide Research*, (1381-1118), 297–308. doi:10.1080/13811110390226417
- Eddleston, M., Karalliedde, L., Buckley, N., Fernando, R., Hutchinson, G., Isbister, G., ... Siwach, S. B. (2002). Pesticide poisoning in the developing world — a minimum pesticides list. *Public Health*, 360, 1163–1167.
- García, J. E. (1998). Intoxicaciones agudas con plaguicidas : costos humanos y económicos. *Informe Especial*, 4(6), 383–387.
- Ghaleiha, A., Afzali, S., Bazayar, M., Khorsand, F., & Torabian, S. (2012). CHARACTERISTICS OF HOSPITALIZED PATIENTS FOLLOWING SUICIDE ATTEMPT IN HAMADAN DISTRICT, IRAN. *Oman Medical Journal*, 27(4), 304–9. doi:10.5001/omj.2012.75
- GUEVARA, Alicia; TENE, A. (2012). “DINAMICA FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPEUTICA DE LOS PACIENTES QUE PADECEN HIPERTENSION ARTERIAL PRIMARIA DE LA ZONA RURAL QUE ACUDEN AL HOSPITAL PEDRO VICENTE MALDONADO.” *TESIS DE GRADO*, 1–91.
- Gunnell, D., & Eddleston, M. (2003). Suicide by intentional ingestion of pesticides: a continuing tragedy in developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 32(6), 902–909. doi:10.1093/ije/dyg307
- GUTIÉRREZ, C. (2010). LA CULTURA del SUICIDIO en CHINA. *Journal de Psicología y Salud*.

- Handley, T. E., Inder, K. J., Kay-Lambkin, F. J., Stain, H. J., Fitzgerald, M., Lewin, T. J., ... Kelly, B. J. (2012). "CONTRIBUTORS TO SUICIDALITY IN RURAL COMMUNITIES: BEYOND THE EFFECTS OF DEPRESSION". *BMC psychiatry*, 12(1), 105. doi:10.1186/1471-244X-12-105
- HERRERA, Diego; GAUS, David; GUEVARA, Alicia; TROYA, C. (2013). "ENFOQUE INTEGRAL DE LA INTOXICACION POR ORGANOS FOSFORADOS." *Revista "Pedro Vicente Maldonado"*, 2(Pedro Vicente, Ecuador).
- Herrerra, D. (n.d.). CARACTERISTICAS DEL CICLO VITAL DE LAS MUJERES QUE HABITAN EN EL SUBTROPICO OCCIDENTAL DEL ECUADOR. *SALUD RURAL*, 1.
- Ikealumba, N., & Couper, I. (2006a). "SUICIDE AND ATTEMPTED SUICIDE: THE REHOBOTH EXPERIENCE." *Rural and Remote Health*, 6:535(December 2005).
- Ikealumba, N., & Couper, I. (2006b). SUICIDE AND ATTEMPTED SUICIDE: THE REHOBOTH EXPERIENCE. *Rural and Remote Health*, 6:535(December 2005).
- Jk, H. (2006). Una revisión de la literatura sobre el suicidio rural : factores de riesgo y de protección , la incidencia y prevención . A review of the literature on rural suicide : risk and protective factors , incidence , and prevention . *Departamento de Psicología, Rochester*, 27(4).
- Judd, F., Cooper, A., Fraser, C., & Davis, J. (2010). Suicidio-Población Rural o lugar Effects ? *Rural and Remote Health*.
- Li, Y., Li, Y., & Cao, J. (2012). "FACTORS ASSOCIATED WITH SUICIDAL BEHAVIORS IN MAINLAND CHINA: A META-ANALYSIS." *BMC public health*, 12(1), 524. doi:10.1186/1471-2458-12-524
- Marrero, yanebis, Alvarez, E. (2011). LA FAMILIA Y EL COMPORTAMIENTO DEL INTENTO SUICIDA. *Tesis de grado*.
- Mental, U. D. S. (2001). "ABORDAJE FAMILIAR EN UN CASO DE INTENTO DE SUICIDIO." *MEDIFAM*, 11:8, 461-466.
- Murillo, J., Garc, T., Mart, D., & Mart, C. A. (n.d.). La entrevista. *Educación y Formación*.
- PALACIO, A. (2010). "LA COMPRESION CLÁSICA DEL SUICIDIO, DE ÉMILE DURKHEIM A NUESTROS DÍAS." *Revista Affectio Societatis*, 7.
- Pavez, P., Santander, N., & Carranza, J. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista Medica Chilena*, 226-233.
- Reyes, W. G. (2001a). INTENTO SUICIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. *Revista Cubana*, 17(5), 452-460.

- Reyes, W. G. (2001b). INTENTO SUICIA Y FUNCIONAMINETO FAMILIAR. *Rev Cubana Med Gen Integral*, 17(5), 452–460.
- Serrano, M. y otros. (2005). ESTRES, RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOSLESCENTES. *Psicología y Salud*, 15, 221–230.
- Silva, C. S. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21(55), 25–30.
- Stark, C. (2011). A CONCEPTUAL MODEL OF SUICIDE IN RURAL AREAS. *Rural Remote Health*, (September 2010). Retrieved from <http://www.rrh.org.au>
- Stark, C., Gibbs, D., Hopkins, P., & Selvaraj, S. (2006). Suicide in farmers in Scotland. *Rural and Remote Health*, 6:509(October 2005).
- Stark CR, Riordan V, O. R. (2011). "A CONCEPTUAL MODEL OF SUICIDE IN RURAL AREAS." *Rural and Remote Health*, 11:1622(September 2010).
- Troncoso, C. E., & Daniele, E. G. (n.d.). LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS COMO INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS : UNA APLICACIÓN EN EL CAMPO DE LAS CIENCIAS NATURALES. *Investigation Journal*.
- Valencia, G., Montoya, M., Jaime, G., Jaramillo, L., Tobón, L., Cecilia, M., ... Alberto, C. (2011). "CARACTERÍSTICAS DE LOS SUICIDIOS DE ÁREAS RURALES Y URBANAS DE ANTIOQUIA, COLOMBIA." *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. REDALYC*, 40:2, 199–214.
- Vijayakumar, L., John, S., Pirkis, J., & Whiteford, H. (2005). El suicidio en los países en desarrollo (2): los factores de riesgo. *Rural and Remote Health*, 26(3), 2005.
- Villalobos-galvis, F. H., Ojeda, C. A., & Rojas, D. (2012). Adaptación del Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (SRI-25) en adolescentes y jóvenes de Colombia, 31(3), 233–239.
- Zayas, L. H., & Gulbas, L. E. (2012). Are suicide attempts by young Latinas a cultural idiom of distress? *Transcultural psychiatry*, 49(5), 718–34. doi:10.1177/1363461512463262

ANEXOS

Anexo 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ----- estoy plenamente de acuerdo en brindar información para la investigación de las Dras. Verónica Barahona y Estefanía Bautista sobre **“CARACTERISTICAS Y RESPUESTA FAMILIAR DE PACIENTES CON INTENTO AUTOLÍTICO QUE LLEGAN A LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL “PEDRO VICENTE MALDONADO” DESDE ENERO 2009 HASTA DICIEMBRE 2012”**, si el propósito de la investigación permitirá beneficios humanos y sociales.

Me han comunicado que toda información será utilizada únicamente con fines investigativos.

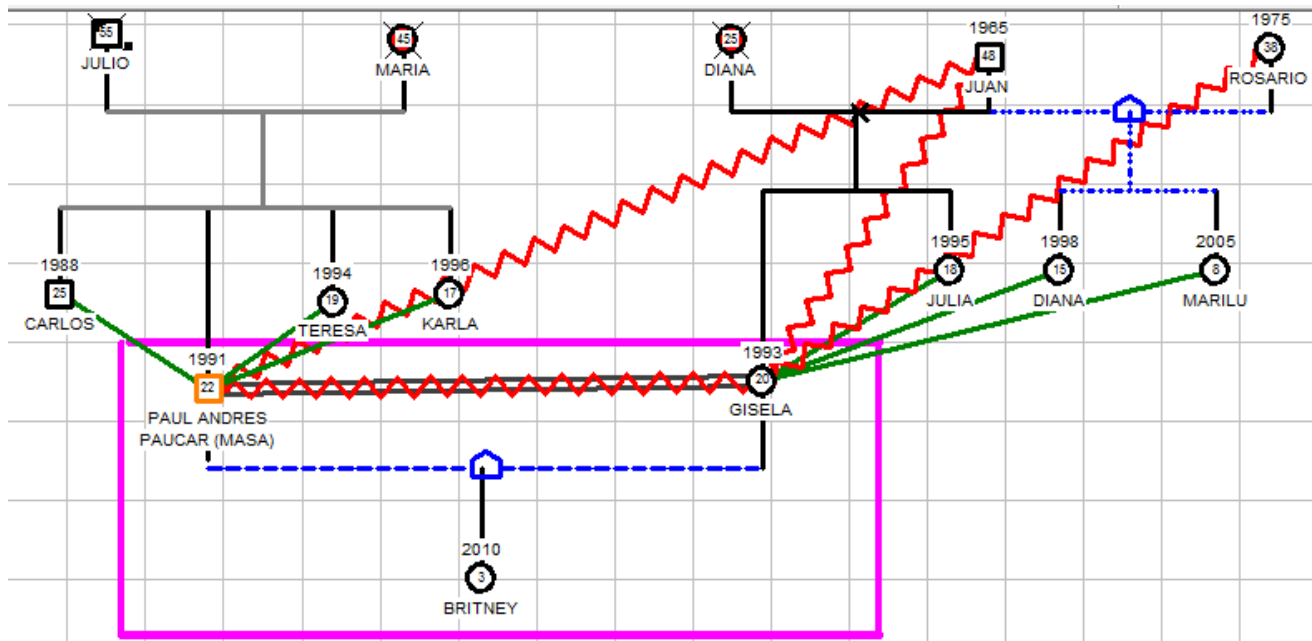
Firma del adolescente con intento auto lítico

Firma de uno de los padres o familiar

Anexo 2 Familiogramas

FAMILIOGRAMA No. 1

FAMILIA PAUCAR MAZA



FUENTE: FAMILIOGRAMA Geno – Pro

REALIZADO POR: Verónica Barahona y Estefanía Bautista

INTERPRETACION VER ANEXOS

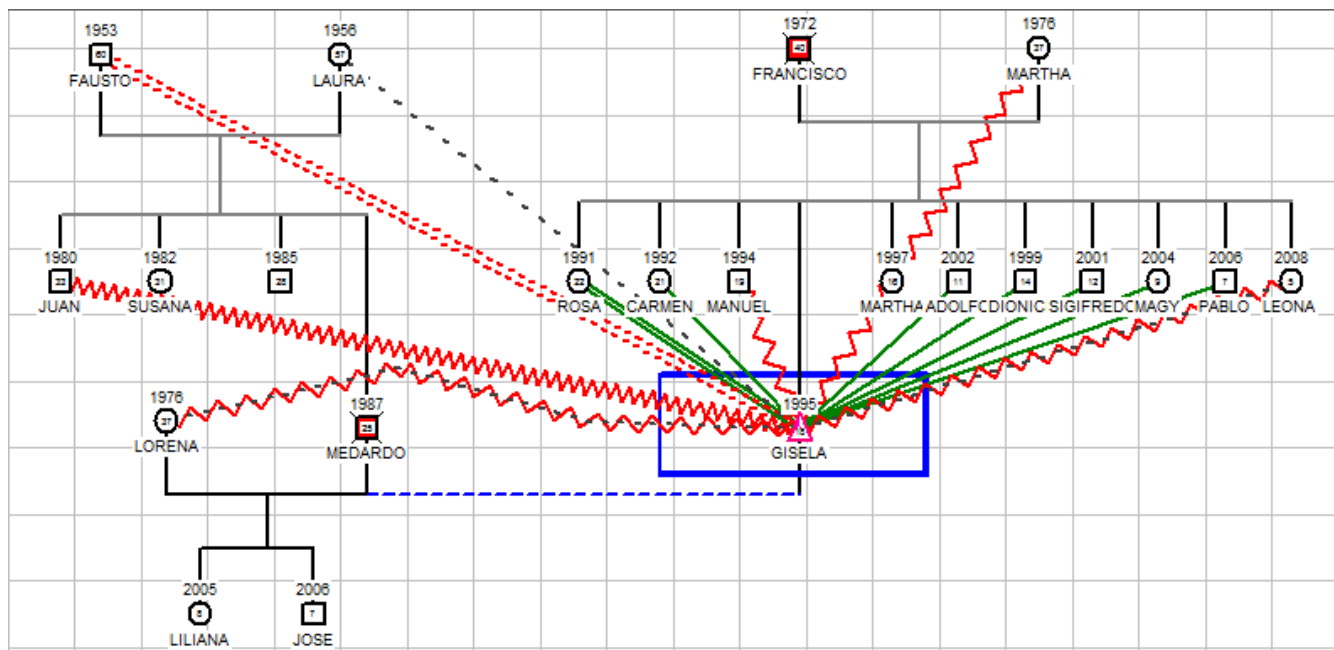
Familia nuclear, está en unión libre, mala relación (violencia) con su pareja, ausencia de padres en la niñez?, por lo que permaneció al cuidado de sus abuelos con sus otros hermanos, tiene una buena relación con sus hermanos, y una mala relación con su suegro.

Adulto joven, en unión libre, presentó 3 intentos auto-lícticos, el último hace 1 año, durante la entrevista manifiesta: ausencia de ambos padres en la niñez, abuso físico por su abuelo, problemas económicos “deuda por motocicleta”, y actualmente mala relación de pareja.

FAMILIOGRAMA No. 3

No. HCI: 16300

FAMILIO PALACIOS CONFORME



FUENTE: FAMILIOGRAMA Geno – Pro

REALIZADO POR: Verónica Barahona y Estefanía Bautista

INTERPRETACION VER ANEXOS

Vive sola, durante la niñez fue abusada sexualmente y físicamente, no nos brinda mayor información sobre estos eventos. Actualmente tiene mala relación y distanciamiento con su madre ya que a ella la relaciona con su pasado, su padre murió cuando era niña.

Adolescente embarazada con crisis no normativa de pérdida y de adicción, la causa del intento auto lítico fue posterior al descubrir que su pareja tenía otra familia.

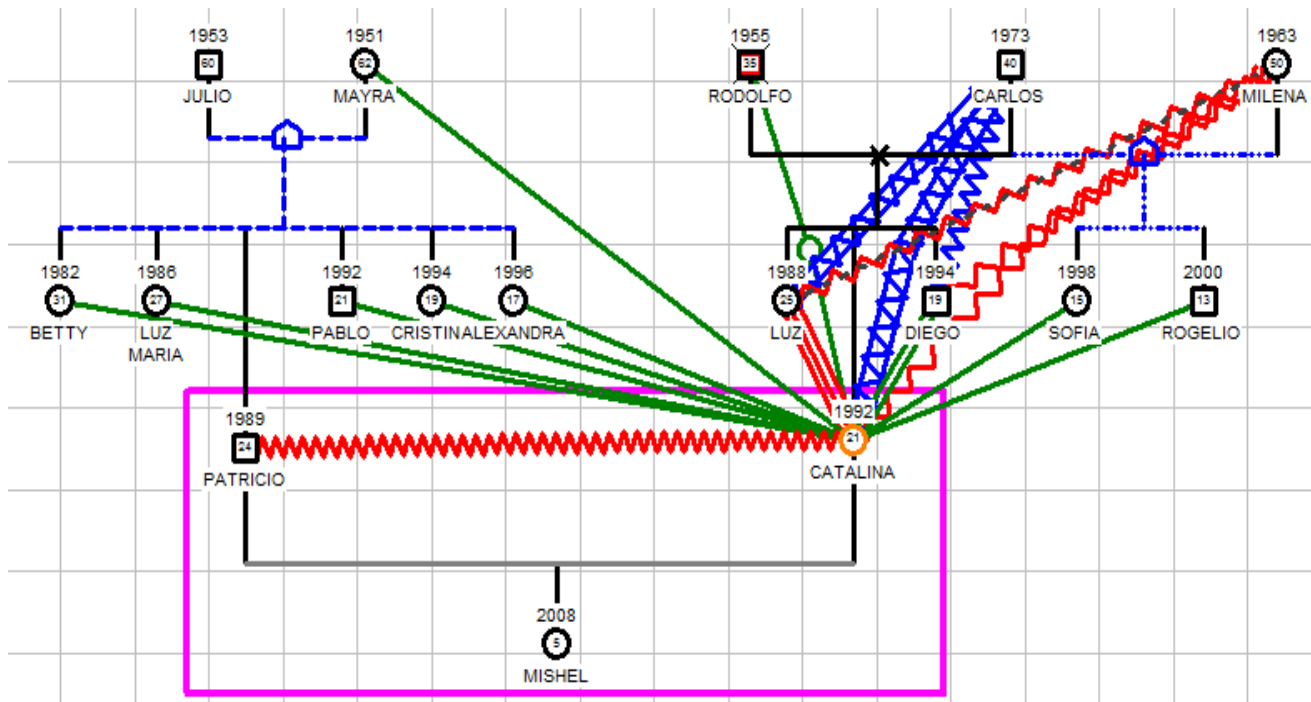
Lo que ocasionó conflicto con hermanos de su pareja

Paciente sin apoyo familiar, con antecedentes de abuso físico y sexual en la niñez además de ausencia de ambos padres.

Adolescente sin redes de apoyo, con alto riesgo de nuevo intento auto-lítico.

FAMILIOGRAMA No. 5

FAMILIA CARDENAS PALTA



FUENTE: FAMILIOGRAMA Geno – Pro

REALIZADO POR: Verónica Barahona y Estefanía Bautista

INTERPRETACION VER ANEXOS

Familia nuclear, tiene mala relación con su madre, dice la paciente “mi madre nunca me creyó que mi padrastro nos violaba a mi ya mi hermana nos decía ustedes están mintiendo solo quieren que el me abandone. Mala relación con su padrastro.

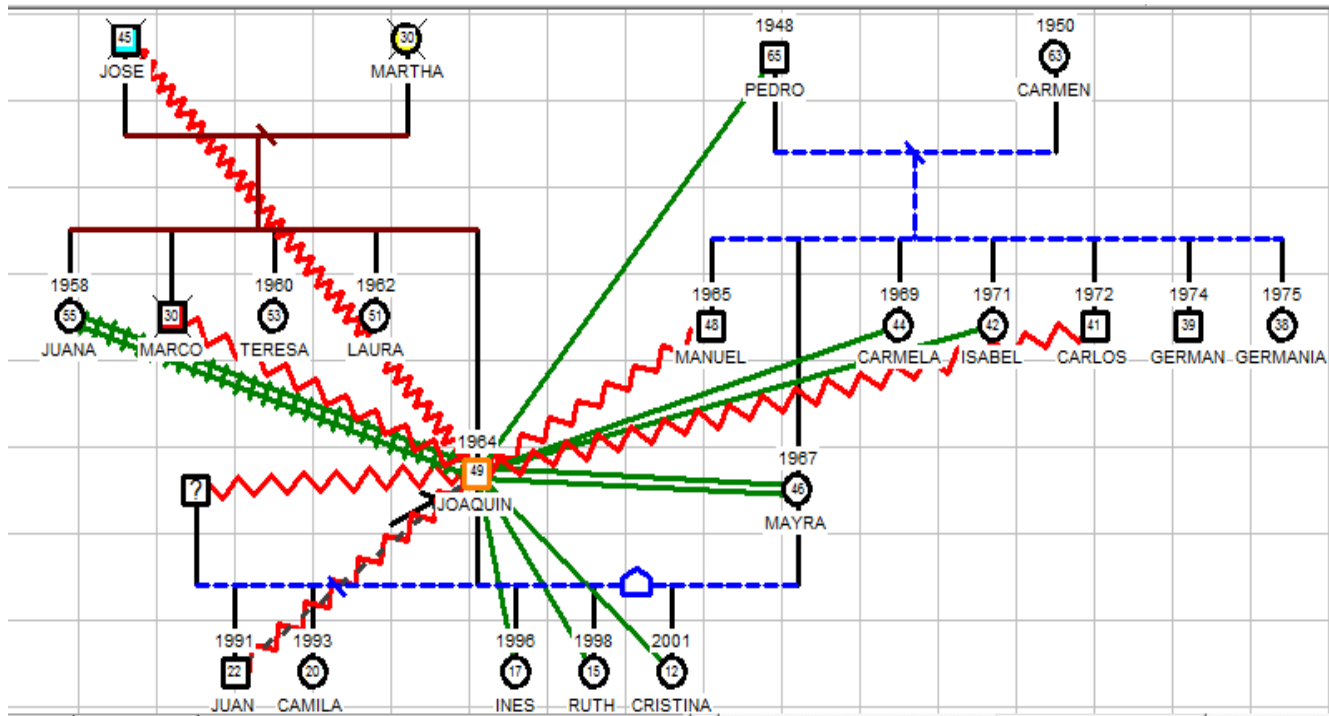
Adulto joven, con antecedentes de abuso físico y sexual por su padrastro, actualmente tiene mala relación con su pareja el círculo de violencia se repite.

Intento auto lítico que se desencadenan por problemas con su pareja, asume la figura de su actual pareja con la de su padre, lo que justifica su dependencia a esta.

La acumulación de dolor por experiencias en la infancia y la adolescencia que se acentúan con la conducta de la pareja.

FAMILIOGRAMA No. 6

FAMILIA BACULIMA TERAN



FUENTE: FAMILIOGRAMA Geno – Pro

REALIZADO POR: Verónica Barahona y Estefanía Bautista

INTERPRETACION VER ANEXOS

Familia nuclear, no malas relaciones con la familia de su pareja. Por problemas de herencia.

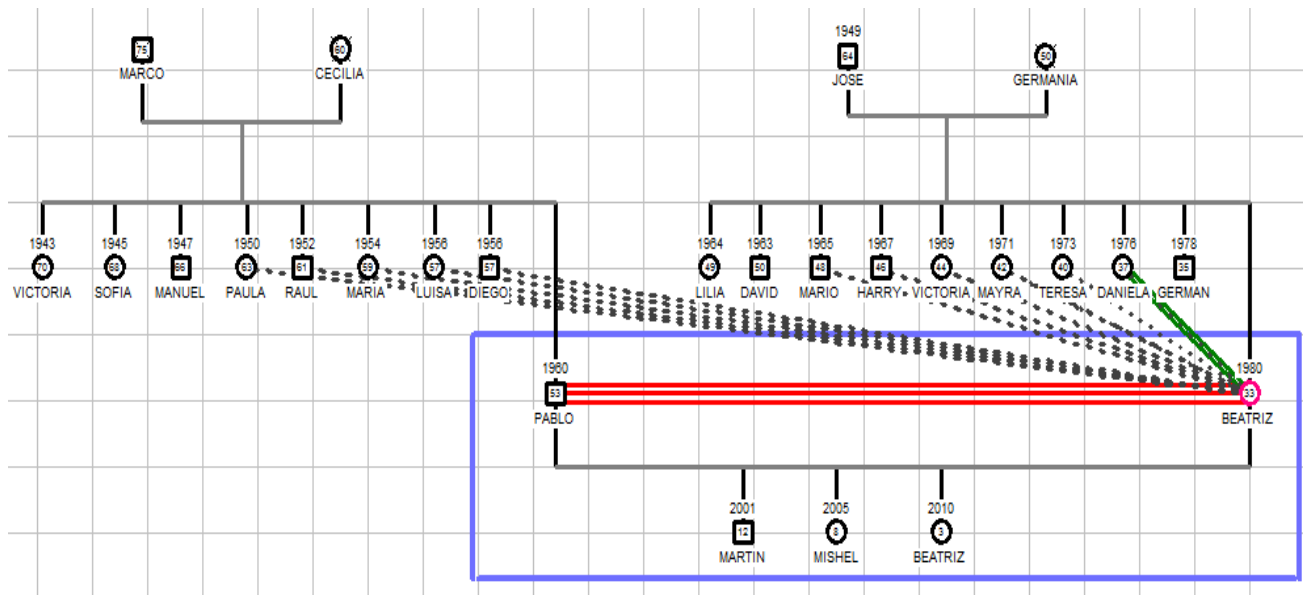
Manuel adulto Medio, analfabeto, al momento tiene una familia nuclear, con malas relaciones con sus cuñados, “problemas de tierras”.

El motivo del suicidio fue por aparente enfermedad incurable “problemas gastrointestinales”

Posterior al evento recibió apoyo de su familia.

FAMILIOGRAMA No. 7

FAMILIA QUIÑONEZ AGUIRRE



FUENTE: FAMILIOGRAMA Geno – Pro

REALIZADO POR: Verónica Barahona y Estefanía Bautista

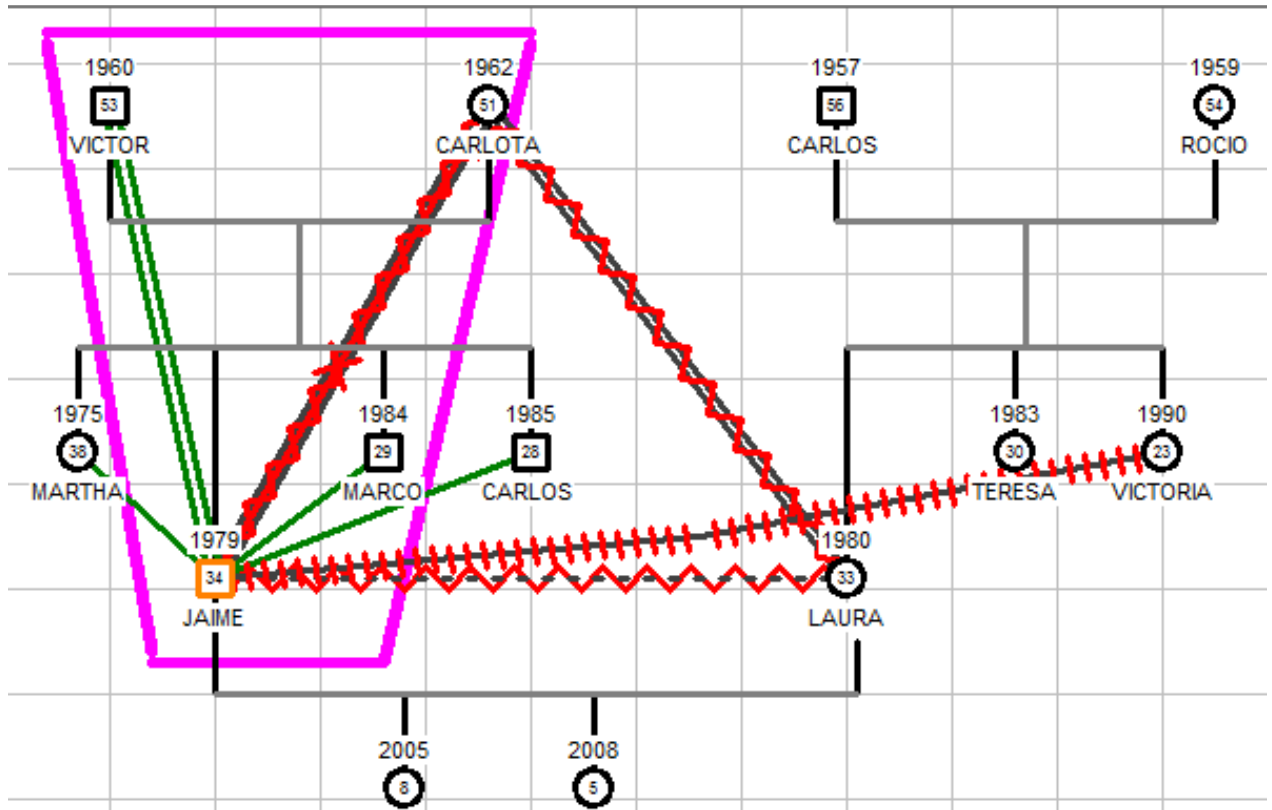
INTERPRETACION VER ANEXOS

Familia nuclear, ambos con familias extensa, la paciente no se relaciona mucho con sus cuñadas o suegros ya que viven en Colombia. La causa de su intento auto-lítico fue por depresión post parto, al momento se encuentra con apoyo psicológico.

Podría además añadirse que en la familia ya existió intentos auto-líticos anteriores.

FAMILIOGRAMA No. 8

FAMILIA SACON LÓPEZ



FUENTE: FAMILIOGRAMA Geno – Pro

REALIZADO POR: Verónica Barahona y Estefanía Bautista

INTERPRETACION VER ANEXOS

Familia nuclear, actualmente vive con su madre, con la que tiene muy mala relación, y con su esposa.

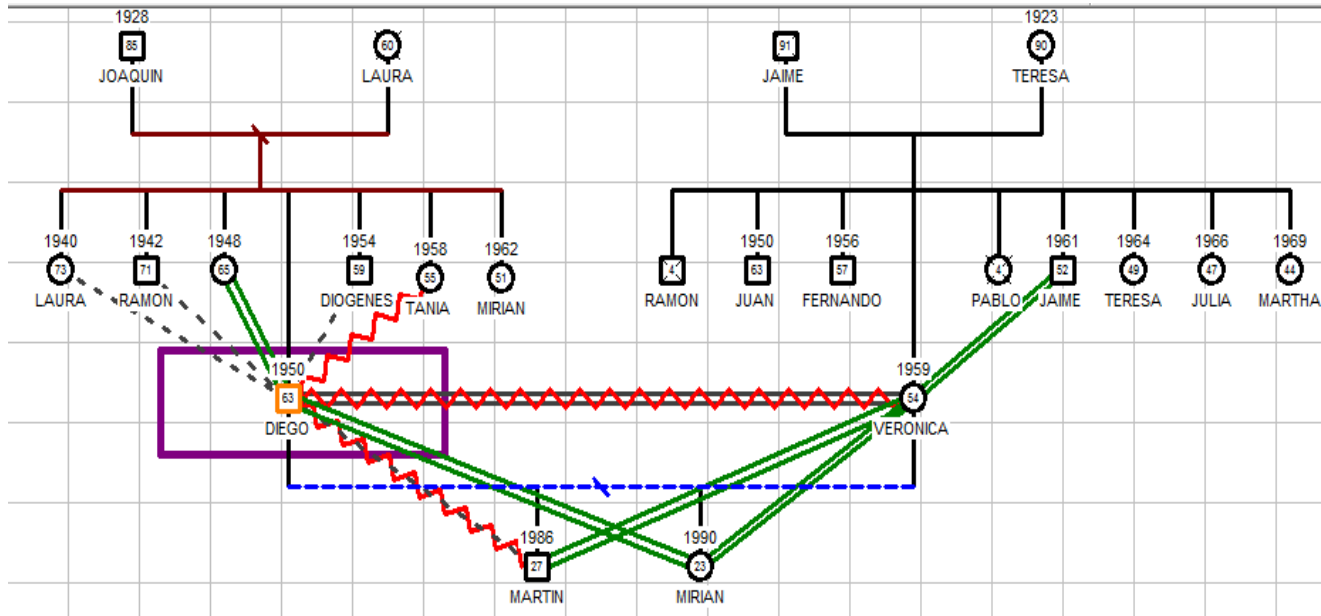
Adulto joven, con múltiples conflictos por las riñas entre su esposa y su madre, aparentemente esta última forma parte de las decisiones de esa familia .

El motivo del intento auto-lítico fue por conflicto con su pareja y su madre

Recibió el apoyo de su pareja a pesar de los conflictos y constantes desacuerdos con la madre de este.

FAMILIOGRAMA No. 9

FAMILIA CALDERÓN LARA



FUENTE: FAMILIOGRAMA Geno – Pro

REALIZADO POR: Verónica Barahona y Estefanía Bautista

INTERPRETACION VER ANEXOS

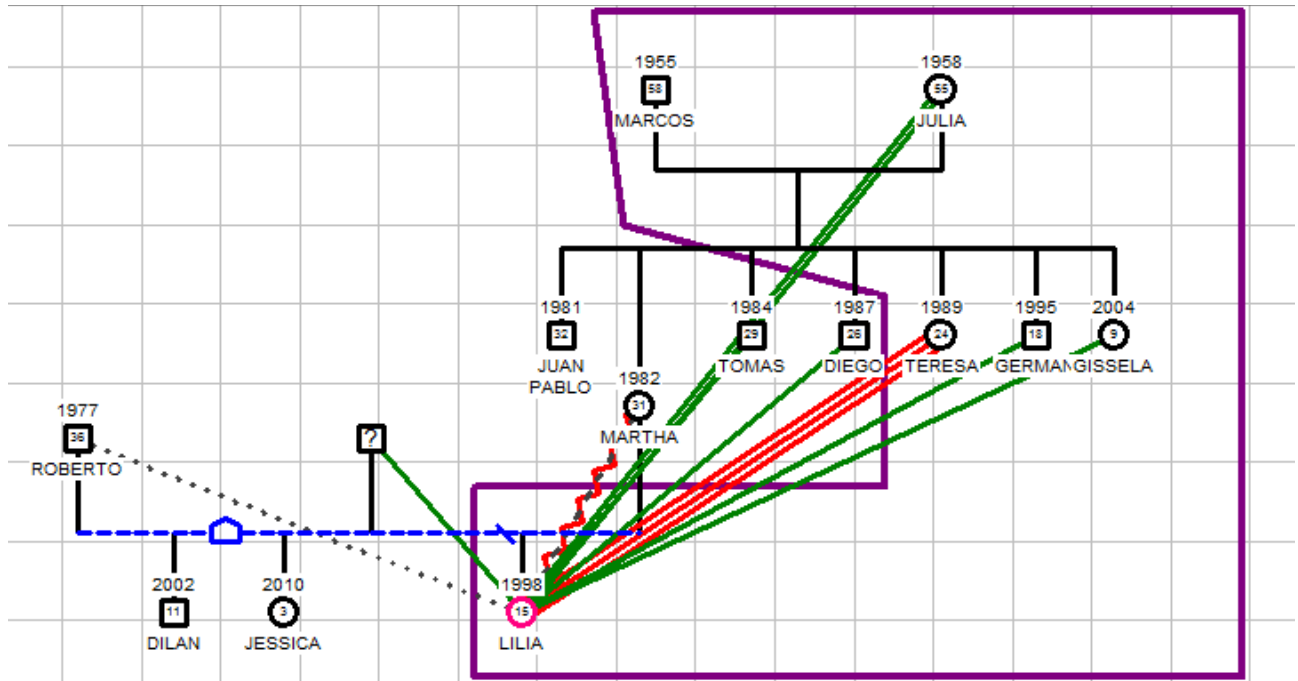
Adulto mayor, que al momento vive solo, tiene buena relación con su hija, pero mala relación con su ex pareja y su hijo mayor.

La decisión aparentemente fue por su soledad y un problema familiar con su ex pareja

Recibió apoyo de su hija posterior al evento.

FAMILIOGRAMA No. 10

FAMILIA JUNGAL GRANDA



FUENTE: FAMILIOGRAMA Geno – Pro

REALIZADO POR: Verónica Barahona y Estefanía Bautista

INTERPRETACION VER ANEXOS

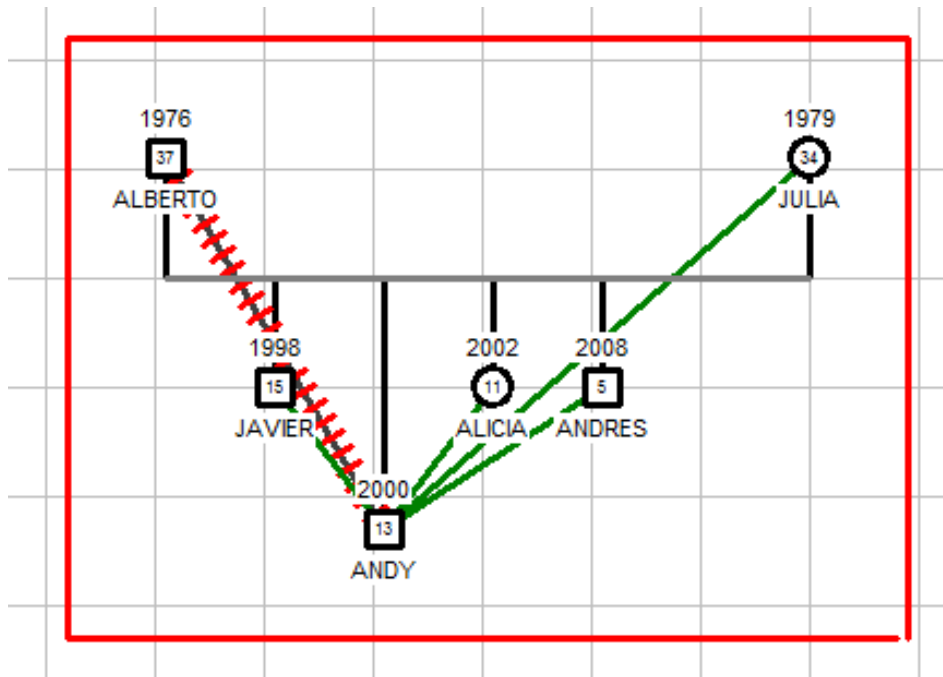
Paciente adolescente que vive con sus abuelos, tiene muy mala relación con su madre ya que esta la dejó con sus padres.

Actualmente tiene una relación regular con su padre, que inició desde hace 1 año, lo que ha hecho que aumente aún más el distanciamiento con su madre, y la lleve a tomar la decisión del suicidio.

Posterior al evento recibió apoyo de sus familiares. Al momento se encuentra estable.

FAMILIOGRAMA No. 11

FAMILIA GUANULEMA ANDE ALEX



FUENTE: FAMILIOGRAMA Geno – Pro

REALIZADO POR: Verónica Barahona y Estefanía Bautista

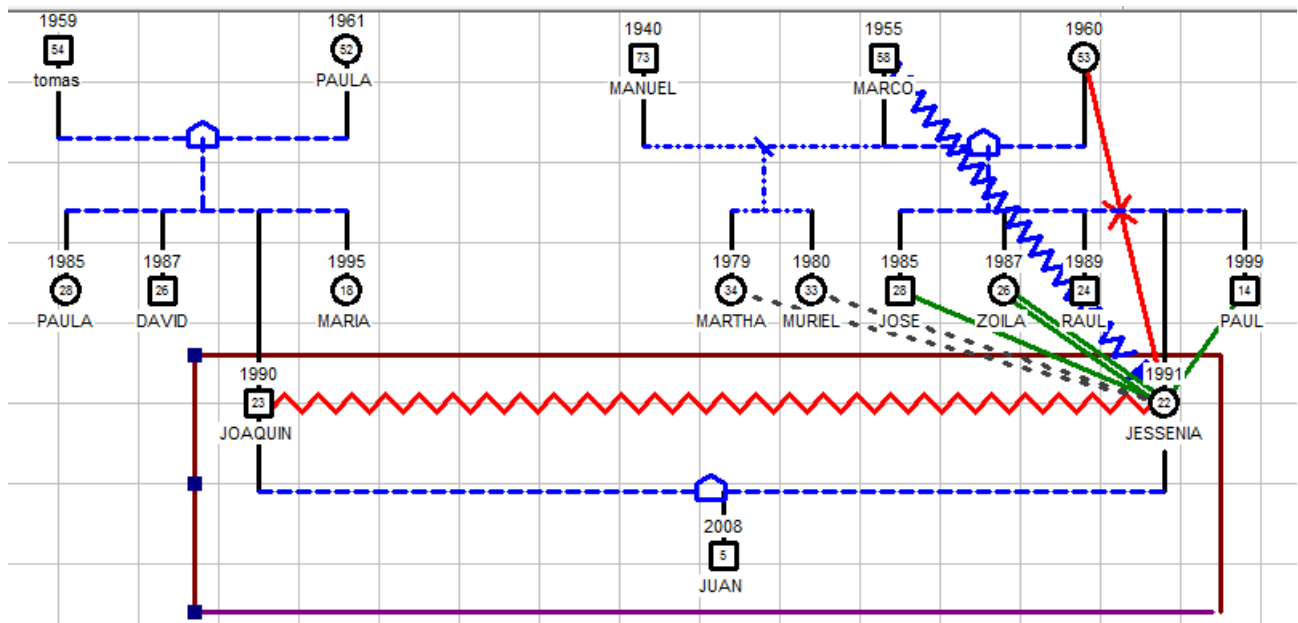
INTERPRETACION VER ANEXOS

Familia nuclear, tiene mala relación con su padre quien lo maltrata, con su madre .tiene buena relación

Tomo la decisión del suicidio porque había discutido con su enamorada.

FAMILIOLOGRAMA No. 12

FAMILIA ZAMBRANO NARANJO



FUENTE: FAMILIOLOGRAMA Geno – Pro

REALIZADO POR: Verónica Barahona y Estefanía Bautista

INTERPRETACION VER ANEXOS

Familia nuclear, paciente con antecedentes de abuso físico por parte de sus padres, no culminó sus estudios, actualmente la círculo de la violencia se repite con su pareja lo que la llevó a tomar la decisión del suicidio.

Posterior al evento recibió ayuda psicológica y de su familia

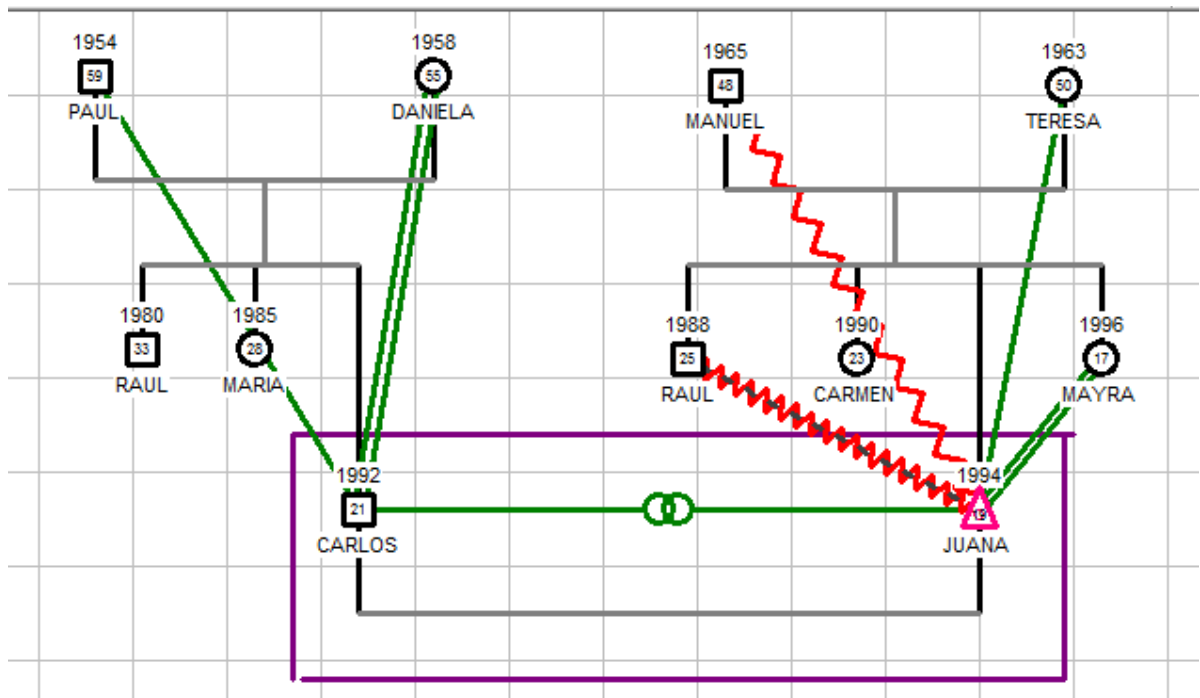
FAMILIOGRAMA No. 13

FAMILIA AGUIRRE ALCIVAR

FUENTE: FAMILIOGRAMA Geno – Pro

REALIZADO POR: Verónica Barahona y Estefanía Bautista

INTERPRETACION VER ANEXOS



FUENTE: FAMILIOGRAMA Geno – Pro

REALIZADO POR: Verónica Barahona y Estefanía Bautista

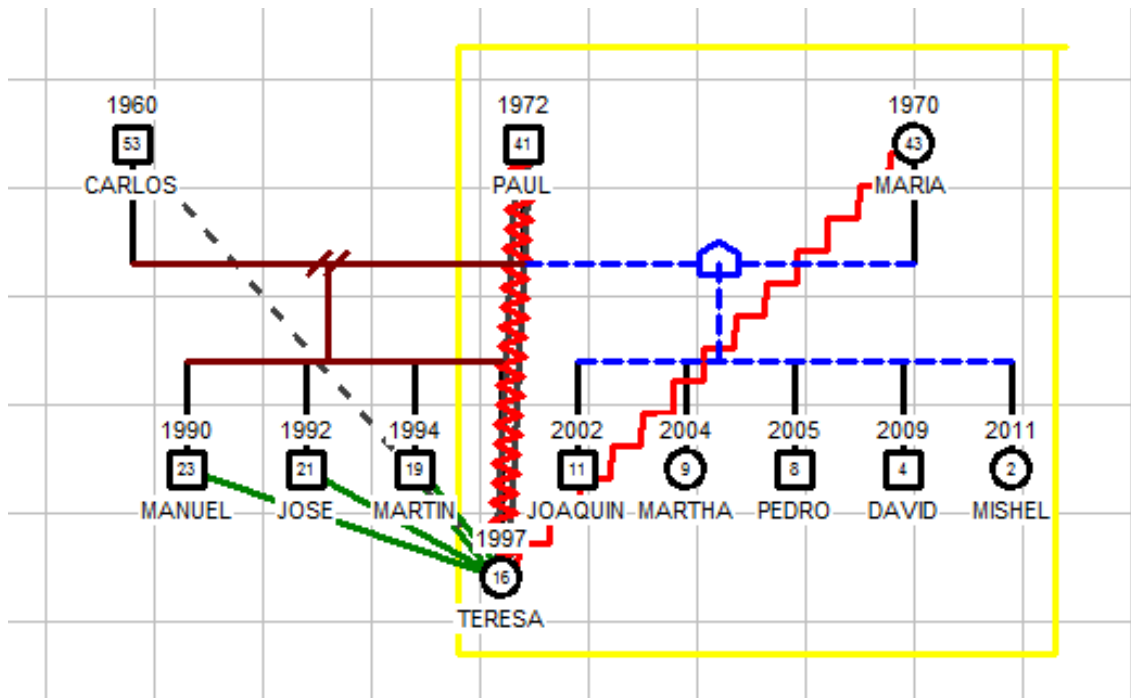
INTERPRETACION VER ANEXOS

Familia nuclear formada por un adulto Joven y una Adolescente, con antecedentes de abuso sexual por un tío en su niñez, a esto se suma mala relación con su hermano mayor que consume drogas, la toma de la decisión se debió a una pelea con su pareja.

Posterior al evento recibió apoyo de su pareja y su familia.

FAMILIOGRAMA No. 14

FAMILIA RODRIGUEZ SOLIS



FUENTE: FAMILIOGRAMA Geno – Pro

REALIZADO POR: Verónica Barahona y Estefanía Bautista

INTERPRETACION VER ANEXOS

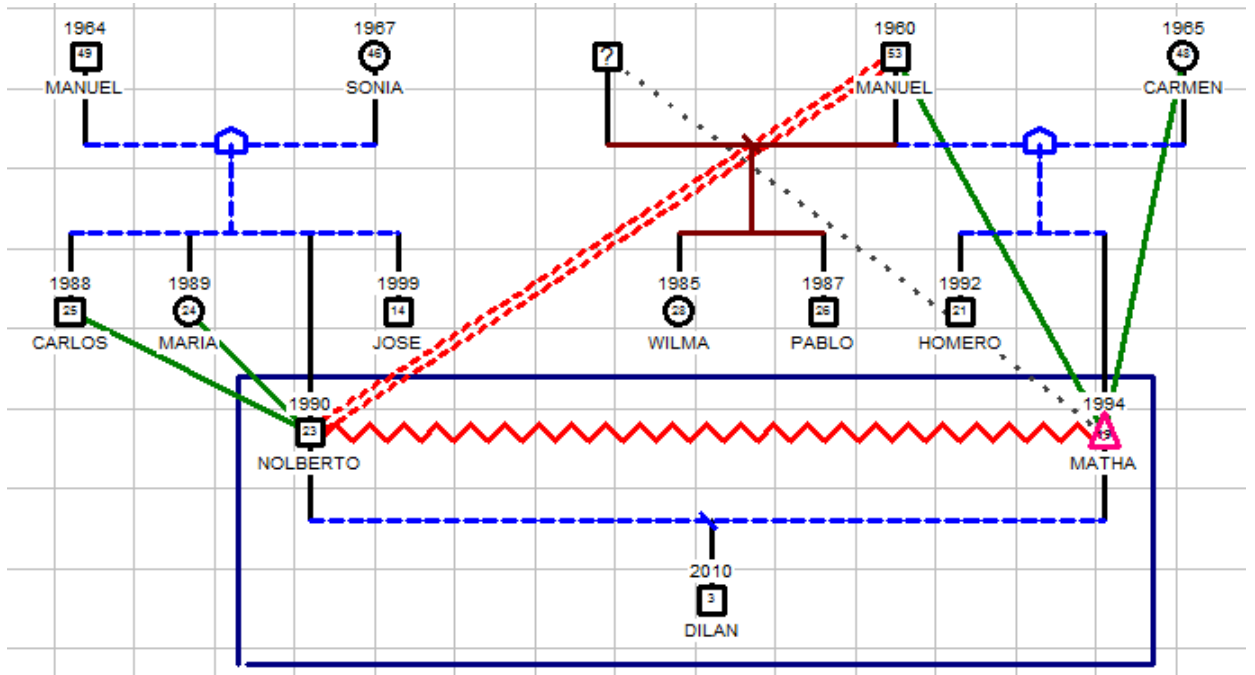
Paciente que vive con su madre y padrastro, en los antecedentes familiares la paciente ha recibido maltrato físico y sexual aparentemente por su padrastro.

Por lo que ha intentado varias veces auto lesionarse.

Recibió apoyo de su familia. Se habló con la madre y ella decidió resolver el problema y apoyar a su hija

FAMILIOGRAMA No. 15

FAMILIA MORALES



FUENTE: FAMILIOGRAMA Geno – Pro

REALIZADO POR: Verónica Barahona y Estefanía Bautista

INTERPRETACION VER ANEXOS

Paciente con mala relación con su pareja, separados actualmente embarazada, decide el intento auto-lítico por discusión, con su pareja.

Recibe apoyo de sus padres posterior al evento.

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

CATEGORIA 1 (DECISIÓN AL INTENTO AUTOLÍTICO)

4. ¿Cuál fue la causa del Intento auto-lítico?
5. Como la familia o su pareja o problema económico influyo en la toma de la decisión?
6. ¿Puede describirnos el evento?

CATEGORIA 2 (REACCIÓN AL INTENTO AUTO LITICO)

3. ¿Cómo respondieron los miembros de tu familia ante el evento?
4. ¿Cómo respondió tu pareja ante el evento?
5. ¿Qué piensa (la pareja o del intento auto-lítico?

CATEGORIA 3 (APOYO FAMILIAR Y DE LA PAREJA)

4. ¿De quién recibiste apoyo posterior al evento?
5. ¿Cuál fue el apoyo que recibiste?
6. ¿Cuál es tu percepción acerca del apoyo que recibiste?