



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
 NÚCLEO BOLIVAR  
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"  
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

**ACTA**

**TGM-036-2019**

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. **YANIRETH MONTERO** Prof. **JULIO BARRETO** y Prof. **ALFREDO MARTINEZ**, constituidos en Jurado para el examen del Trabajo de Grado, Titulado:

**SUICIDALIDAD EN NIÑOS EN SITUACIÓN DE RIESGO DEL HOGAR MADRE EMILIA, PUERTO ORDAZ, ESTADO BOLÍVAR – 2018..**

Del Bachiller **HERNÁNDEZ FONTT FELICIDAD DEL CARMEN C.I.: 18787269** como requisito parcial para optar al Título de **MEDICO CIRUJANO** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

**VEREDICTO**

<b>REPROBADO</b>	<b>APROBADO</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>APROBADO MENCIÓN HONORIFICA</b>	<b>APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN</b>
------------------	-----------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------


En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los **08** días del mes de **Mayo** de **2019**

  
**Prof. YANIRETH MONTERO**  
 Miembro Tutor

  
**Prof. JULIO BARRETO**  
 Miembro Principal

  
**Prof. ALFREDO MARTINEZ**  
 Miembro Principal

  
**Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ**  
 Coordinador comisión Trabajos de Grado





UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
 NÚCLEO BOLIVAR  
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"  
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

**ACTA**

**TGM-036-2019**

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. **YANIRETH MONTERO** Prof. **JULIO BARRETO** y Prof. **ALFREDO MARTINEZ**, constituidos en Jurado para el examen del Trabajo de Grado, Titulado:

**SUICIDALIDAD EN NIÑOS EN SITUACIÓN DE RIESGO DEL HOGAR MADRE EMILIA, PUERTO ORDAZ, ESTADO BOLÍVAR – 2018..**

Del Bachiller **GUEVARA ALCALÁ NAHIR JOSEFINA C.I.: 11176326**, como requisito parcial para optar al Título de **MEDICO CIRUJANO** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

**VEREDICTO**

REPROBADO	APROBADO	X	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN
-----------	----------	---	-----------------------------	------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los **08** días del mes de **Mayo** de **2019**

**Prof. YANIRETH MONTERO**  
 Miembro Tutor

**Prof. JULIO BARRETO**  
 Miembro Principal

**Prof. ALFREDO MARTINEZ**  
 Miembro Principal

**Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ**  
 Coordinador comisión Trabajos de Grado





**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NUCLEO BOLÍVAR**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”**  
**DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL**

**SUICIDALIDAD EN NIÑOS EN SITUACIÓN DE RIESGO**  
**DEL HOGAR MADRE EMILIA, PUERTO ORDAZ,**  
**ESTADO BOLÍVAR – 2018.**

**Tutora:**

Lcda. Yanireth Montero

**Trabajo de grado presentado por;**

Br. Guevara Alcalá, Nahir

C.I; 11.176.326

Br. Hernández Fontt, Felicidad

C.I; 18.787.269

**Como requisito parcial para optar  
por el título de Médico Cirujano.**

**Ciudad Bolívar, abril de 2019**

## INDICE

INDICE .....	iv
AGRADECIMIENTOS .....	vi
DEDICATORIA .....	vii
DEDICATORIA .....	viii
RESUMEN.....	x
INTRODUCCIÓN .....	1
JUSTIFICACIÓN .....	12
OBJETIVOS .....	14
Objetivo General: .....	14
Objetivos Específicos: .....	14
METODOLOGIA .....	15
Tipo de estudio: .....	15
Área de estudio:.....	15
Universo y muestra:.....	15
Instrumentos de recolección de datos:.....	16
Encuesta de datos biográficos .....	16
Entrevista.....	17
Procedimiento de recolección de datos: .....	17
Análisis de los datos: .....	18
RESULTADOS.....	19
TABLA 1.....	21
TABLA 2.....	22
TABLA 3.....	23

TABLA 4.....	24
TABLA 5.....	25
DISCUSIÓN .....	26
CONCLUSIONES .....	29
RECOMENDACIONES .....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	31

## **AGRADECIMIENTOS**

Ante todo, a Dios por habernos dado paciencia, constancia y fortaleza durante el camino recorrido y permitimos disfrutar de este triunfo guiado día tras día, para lograr con satisfacción esta meta.

A nuestros padres por toda la vida que nos regalaron y que este logro no es más que una forma de demostrarles que lo hicieron excelente y nuestra gratitud.

A nuestros familiares por todo el apoyo brindado durante esta etapa de nuestras vidas y a nuestros amigos que aportaron su ayuda en el proceso de formación académica.

A la Universidad de Oriente, la casa más alta, en especial a la Escuela de Ciencias de la Salud Francisco Battistini, por permitirme formarme como profesional.

A la Licenciada Yanireth Montero por el tiempo y los conocimientos impartidos para la realización de nuestro trabajo de grado.

Al personal del "Hogar Madre Emilia" y particularmente a los niños por su particular y valiosa participación en este estudio.

A todas esas personas especiales con las cuales compartimos momentos inolvidables durante todos estos años de estudios y que pusieron su granito de arena para llegar a esta meta.

## **DEDICATORIA**

Al que todo lo hace posible y me ha permitido llegar hasta aquí, a ti Señor.

A mis padres, Carmen y Marcos, quienes me han apoyado siempre y ayudado en lo posible e imposible para juntos lograr esta meta, eternamente agradecida.

A mi abuela mi madre que celebran desde el cielo. A mis hermanos, tíos, primas y amigas por el apoyo brindado durante mi tiempo de formación.

A mis hijas, que han formado siempre parte de esto, en especial porque siempre han sido mi inspiración y por lo tanto de este trabajo.

A Felicidad Hernández, Amiga, compañera de estudios y de tesis, con quien compartí momentos de optimismo, desaliento y ahora satisfacción; lo logramos.

Licenciada Yanireth, por toda su ayuda y colaboración, mil gracias.

“Todo lo puedo en Cristo que me fortalece, Filipenses 4:13

**Nahir Guevara Alcalá**

## **DEDICATORIA**

A Dios, porque gracias a él, he llegado a este punto, me dio fe, la sabiduría, las fuerzas, la salud y amor, pues más allá de los obstáculos, lograr alcanzar esta meta, sin tu presencia en mi vida, nada de esto hubiese sido posible.

A mis padres, Eleazar Almea y Aleyda Fontt especial tesoro, por su apoyo, palabras de aliento, sus experiencias de vida, un consejo a tiempo y amor incondicional. Por no abandonar sus principios ni valores en su duro esfuerzo por sacarnos adelante.

A mis hermanos, con mucho peso y especial afecto a Leidys Hernández que con su apoyo y ánimo constantemente aportaron con lo que contaban aún por encima de sus necesidades. Por todavía continuar unidos en este proyecto de vida y corazón.

A mi amado esposo Maikel Lucena quien creyendo en mí no faltó una palabra de fortaleza, muchas duras sin consentir debilidad ni mucho menos rendirse, en este camino creyó en mí mucho antes de iniciarlo. Por todo su amor ilimitado, por apoyarme y comprometerse de manera importante de mi proceso de formación personal y profesional.

A mis amigos, Norkys Gonzales, Mileydis Osorio y Alexander Cedeño, por su ayuda, consejos y que siempre me han apoyado y orientado ante toda situación sin importar lo mal que esta sea. Sus palabras en la fe fueron pilar en momento donde no veía opciones.

A mi compañera de tesis Nahir Guevara, por su amistad, apoyo, paciencia y voluntad para hacer un hecho el trabajo de grado.



A la Licenciada Yanireth Montero por su colaboración y admiración porque aun con la situación país sigue formando, mil gracias.

“El que quiera ser primero entre vosotros sea mi servidor, San Mateo 20:27”

**Felicidad del Carmen Hernández Font**

## RESUMEN

La conducta suicida ha sido mundialmente reconocida como un importante problema de salud pública. Por tal motivo este trabajo tiene como objetivo determinar suicidalidad en niños en situación de riesgo del Hogar Madre Emilia, Puerto Ordaz, estado Bolívar – 2018. Para esto se propuso un estudio de tipo descriptivo, transversal y de diseño de campo. De un universo de 25 sujetos, se estudiaron 20 con edades entre 7 a 15 años quienes cumplieron con los criterios de inclusión. Se aplicaron; encuesta y entrevista con la aplicación de la subescala de la ideación suicida de la escala de Beck en referencia a actitudes hacia la vida y muerte, realizadas por las autoras. Los resultados mostraron en cuanto a las características de las familias; predominio de familias extensas, con dinámica de contextos violentos y sentimientos tristeza por el abandono. Con factores sociales caracterizados en incomunicación interfamiliar, en un contenido familiar de agresividad y violencia, y abandono escolar. Semejantes en los factores psicológicos la presencia incomunicación hacía padres o algún familiar y un ambiente agresivo tanto físico como psicológico basado en insultos y desprecios. Conforme a la presencia de ideación suicida un porcentaje significativo de 35% señaló afirmativamente haberlo pensado quitarse la vida y las características de estos pensamientos fueron ocasionales con una duración breves y con una actitud de aceptación en solo un caso. Concerniente a la presencia de intentos suicida resultó un caso y el método utilizado fue el usó la ingestión de medicamentos. En conclusión, se determinó una prevalencia de suicidalidad de 5% en la muestra de sujetos evaluados.

**Palabras claves:** suicidio, intento suicidio, factores de riesgo, niños y adolescentes.

## INTRODUCCIÓN

El suicidio (del latín, etimología sui: sí mismo y caedere: matar) es un hecho humano transcultural y universal, que ha estado presente en todas las épocas desde el origen de la humanidad. Ha sido castigado y perseguido en unas épocas y en otras ha sido tolerado, manteniendo las distintas sociedades actitudes enormemente variables en función de sus principios filosóficos, religiosos e intelectuales (García, *et al.*, 1997).

Durkheim (1897), es el primer autor que realiza una definición de suicidio de forma que se delimite la conducta suicida de otras en las que también resulta la muerte. Para ello incluye en ésta las características de finalidad intencional y autoprovocación. Define además la tentativa de suicidio como un fracaso material de dicha intencionalidad. Esta definición de Durkheim es una de las más citadas en el tema del suicidio: “toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado. La tentativa es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte” (Izquierdo, 2010).

El concepto de “acto suicida” fue introducido en 1969 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y define éste como “todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil. Es decir, el suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de la conducta suicida. Aunque el espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación suicida, amenazas, gesto, tentativa y hecho consumado (OMS, 1969).

La Organización Mundial de la Salud (2012), expresa que; el intento de suicidio es un acto no fatal de auto destrucción, a menudo, con el propósito de movilizar ayuda. La conducta suicida ha sido mundialmente reconocida como un importante problema de salud pública. En muchos países, ricos y pobres, las tasas de suicidio están aumentando. En los países desarrollados, el suicidio figura entre las diez causas principales de muerte y una de las tres causas principales de muerte entre personas de 15 a 35 años de edad en primera instancia y entre 5 a 12 años, pero en menor frecuencia en vista de la poca documentación registrada. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que ocurre un suicidio aproximadamente cada minuto y un intento de suicidio aproximadamente cada tres segundos. Como resultado, más personas mueren por suicidio que por conflictos.

Anualmente, más de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. En el año 2012 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 10 a 24 años en todo el mundo. En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial, cifras obtenidas de la Organización Mundial para la Salud, que en el año 1999 lanzó el programa SUPRE (Prevención del Suicidio), iniciativa mundial para la prevención del suicidio. El documento forma parte de una serie de instrumentos preparados como parte de SUPRE y dirigidos a grupos sociales y profesionales específicos que son especialmente relevantes para la prevención del suicidio (OMS, 2012).

En Venezuela, según datos disponibles en el Anuario de Mortalidad del año 2006, el suicidio se considera como un problema de salud pública, ya que, conjuntamente con los homicidios, se ubica en la tercera causa de muerte diagnosticada, con una tasa de 3,4 por cada 100 mil habitantes, lo cual totaliza 943 suicidios. Y se encuentra entre los siete primeros países de Suramérica en relación al

suicidio entre adolescentes. La relación intento vs. Suicidio consumado es de 3:1, a predominio femenino (Montiel, 2006).

Con relación lo anterior, para el año 2012 según datos aportados en el Anuario de Mortandad, aún se mantiene en la tercera causa de muerte los suicidios y homicidios con 7,24% de un total de 148.058 defunciones y una tasa de mortalidad general de 5,04 por 1.000 habitantes (aumentando una posición en relación con el año 2011). Al examinar la mortalidad por grupos de edad; en los niños y niñas de 5 a 14 años se mantienen los accidentes de todo tipo 25,59%, junto al cáncer 15,17% y suicidios y homicidios 8,53%; en el grupo de 15 a 24 años son los suicidios y homicidios 34,91%, los accidentes de todo tipo 19,27% y cáncer 9,60% (Anuario de Mortandad 2012).

Ahora bien, por lo antes expuesto, en Venezuela puede verse intento suicida y suicidio en edad escolar, pero este no representa el grupo etario más frecuente. Según últimos registros, durante 2013 hubo un total de 149.903 defunciones y una tasa de mortalidad general de 4,93 por 1.000 habitantes. Y comparación con años anteriores el suicidio junto con el homicidio si bien paso de tercera a sexta causa de muerte, en correlación grupo etario entre 15 a 24 años (32,49%) y 25 a 44 (20,84%) años, representan la primera causa de muerte (en comparación con el 2012, se ocupaba en tercera posición), lo cual involucra significativamente a los niños, adolescentes y adultos jóvenes (Anuario de Mortandad 2013).

Conforme a los datos disponibles en el Departamento de Prevención y Hechos Violentos de la Corporación de Salud del Estado Mérida, se registraron para el año 2007 un total de 89 suicidios, con una tasa de 10,5 por cada 100 mil habitantes. La población más afectada en esta entidad por actos suicidas se encuentra en el grupo 15 – 24 años de edad (Albis y Pabón, 2009).

En el estado Bolívar según la Comisión Regional de Accidentes de todo tipo y Hechos Violentos del Instituto de Salud Pública, para el año 2004 el suicidio en el grupo etario de 15 a 24 años alcanzó una proporción de 39.68% del total de muertes por suicidio ocurridas en el estado. Igualmente reportan un total de 48% de intentos de suicidio registrados para este grupo etario (García y Ramírez, 2010).

Diversos estudios psicológicos y psiquiátricos aseveran que es complejo hablar de suicidio y muerte en esas edades tempranas. Sin embargo, Viña y Domenech (1999) expresan que a diferencia de lo que el adulto cree, el niño de 6 a 11 años puede tratar el tema abiertamente incluso sin que esto le perturbe y a partir de los 6 años de edad, el niño piensa en la muerte como algo importante y significativo en su vida. Según crece el niño, su concepto de muerte cambia de la ignorancia al interés.

El concepto de muerte para el niño «no está completamente desarrollado, en el sentido de una auténtica comprensión realista, hasta que éste llega a la edad de diez años». Sin embargo, y aunque el niño no tenga una clara representación de su muerte, sí que tiene miedo de sufrir, de estar enfermo, de ser apartado, en definitiva, del abandono (Gesell, *et al.*, 1992).

Se consideran que hacia los cuatro años de edad la idea de la muerte es muy limitada y no supone una emoción especial para el niño. Hacia los seis años comienzan las reacciones afectivas ante el hecho de morir, principalmente el temor a la muerte de la madre, sin tener conciencia de la posibilidad de la propia muerte. Alrededor de los siete años, el niño piensa en la muerte como una clara experiencia humana, pero sólo vagamente se le ocurre pensar que él mismo ha de morir algún día. Hacia los ocho es capaz ya de aceptar el hecho de que todos, incluso él mismo, han de morir, y a los nueve o diez años aceptará con todo realismo el hecho de tener que morir más adelante (Álvarez, 1998).

Con respecto al desarrollo del concepto de muerte Kane (1979) ha descrito tres estadios o fases del desarrollo. Desde este enfoque el niño adquirirá el concepto de muerte una vez que haya alcanzado o superado una cierta fase. Señalando además que estas fases se encuentran estrechamente vinculados con los estadios evolutivos de Piaget (preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales). En una primera fase o estadio el niño se caracteriza por su egocentrismo y su pensamiento mágico. En segunda fase, el niño adquiere visión específica y concreta de la muerte. Incorporando poco a poco el fenómeno de la universalidad de la muerte, refiriéndose que nos afecta a todos los seres vivos, y que tras la muerte cesa toda la actividad corporal. También desarrolla la idea de irrevocabilidad de la muerte junto con la de causalidad. En la tercera fase el niño ya es capaz de pensar en la muerte en términos abstractos. No obstante, estudios refieren que las experiencias del sujeto con la muerte pueden acelerar el proceso de adquisición del concepto de muerte (McIntire, *et al.*, 1972).

Otro aspecto que ha sido estudiado ampliamente por varios autores (Orbach, *et al.*, 1978,1979, 1984, Carison, *et al.*, 1987) es la percepción que tienen de la muerte los niños que cometen actos suicidas. Orbach y Glaubman (1978) observaron, que los niños con conductas suicidas al preguntársele por causa de muerte con respecto al grupo control, daban más respuestas de suicidio. Cabe precisar, que en la actualidad se tiende a considerar las conductas suicidas como un continuo que iría desde la ideación suicida hasta el acto consumado. Incluyendo las amenazas y las tentativas. A partir de esta concepción, la ideación suicida, entendida como la presencia de deseos de muerte o de pensamientos de querer matarse (Domenech, *et al.*, 1995).

Por su parte, Grollman (1974) señala que, a diferencia del niño, el adolescente acepta que la muerte es inevitable, universal e irreversible, no obstante, la ve como algo lejano y que a él no le atañe. Es típico de esta época tener una concepción idealizada del mundo y de la realidad. El acceso al pensamiento lógico-abstracto, el

aumento de la capacidad de introspección y autoevaluación y la falta y el deseo de experiencias forman un cúmulo de razones que justifican la necesidad de crear su propia filosofía de la vida y, por tanto, de cambiar su actitud hacia la muerte (Corr & McNeil, 1986).

Ahora bien, los jóvenes deben enfrentarse a una serie de vivencias que los ubican en condiciones de vulnerabilidad, y que dificultan el cumplimiento de su proyecto de vida, metas y expectativas. Entre ellas se encuentra el uso de sustancias psicoactivas, manejo de relaciones inadecuadas, violencia, acoso escolar, maltrato y suicidio entre otros. En este sentido, el suicidio en la juventud es quizás uno de los fenómenos más preocupantes tanto para los profesionales que trabajan con ellos, como para la sociedad en general, debido a que se ha convertido en un problema de salud pública (Organización Mundial de Salud, 2009).

Jackson (1974) indica que en esta etapa evolutiva se forman las actitudes ante la muerte. En la adolescencia la muerte y sus consecuencias personales les preocupan, ya no es un pensamiento aislado. El adolescente quiere comprender lo que la muerte significa para él y para su vida futura, por lo que la muerte y todo lo relacionado con ella suele ser un tema de reflexión y de preocupación. De sus reflexiones sobre la muerte pueden surgir actitudes muy dispares y complejas.

El poder identificar los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta. El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros (Álvarez, *et al.*, 2012).

En relación a las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida se enmarcan: la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez



cognitiva, la desesperanza, la dificultad de resolución de problemas, la sobre generalización en el recuerdo autobiográfico y el perfeccionismo. Estos factores varían en función de la edad, aunque hay dos de especial importancia, la desesperanza y la rigidez cognitiva. Sin embargo, se observaron en distintos estudios que la desesperanza se considera el factor psicológico más influyente en relación con el riesgo de conducta suicida, ya que el 91% de los pacientes con conducta suicida expresaron desesperanza en la escala de Beck (Álvarez, *et al.*, 2012).

En correlación, Shaffer y Pfeffer (2001), señalan que la desesperanza aprendida plantea que la ocurrencia de eventos percibidos como incontrolables, causa en la persona vulnerable sentimientos de desesperanza e incapacidad para enfrentar las demandas de la vida.

Entre los factores familiares influyentes en la conductas suicida entre las que cabe resaltar; Un ambiente demasiado normativo, coercitivo o, a la inversa demasiado permisivo, antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio, violencia familiar que incluye abuso físico, psicológico y sexual, mala o poca comunicación intrafamiliar, constante agresión intrafamiliar, divorcio, separación o fallecimiento de los padres, desempleo en la familia, constantes cambios de domicilio, pocas manifestaciones afectivas entre los miembros de la familia y familias adoptivas (Cervantes y Melo, 2008).

La vida en familia proporciona la influencia más temprana para la educación de los hijos. Es determinante en las respuestas conductuales entre ellos y la sociedad, organizando sus formas de relacionarse de manera recíproca, reiterativa y dinámica que son las interacciones más importantes en familia. Por eso se señala que la salud mental del niño tiene íntima relación con su vida en familia. La familia se percibe como entidad positiva que beneficia a sus miembros; de lo contrario, si el ambiente es negativo, existe menor control sobre ellos mismos. El niño es muy sensible a su

entorno cultural; si su desarrollo es anormal, aparecerán dificultades en sus relaciones de familia, escuela, y sociedad (Mendizábal y Anzures, 1999).

Según Mansilla (2010), el clima emocional en el cual convive el niño y el adolescente, es un factor de riesgo suicida, ya que un entorno familiar desorganizado, un hogar roto, con discusiones y peleas frecuentes entre los padres incluso donde haya maltrato psicológico en forma de rechazo manifiesto, humillaciones y vejaciones, o un hogar sin normas, son conductas de cada miembro de la familia que pueden generar una entrada para la realización de un acto suicida.

Se puede decir que la familia influye en la conducta suicida de los individuos. Durkheim (1995) exploró la influencia del contexto social y cultural sobre el riesgo de suicidio y menciona que uno de los factores que pueden influir en la conducta suicida es: la falta de lazos familiares o relaciones sociales relevantes, cuando por adversidad económica o social se rompe el vínculo entre el individuo o la sociedad a la cual pertenece.

Se puede decir que la influencia de la familia es el factor social fundamental para el buen desarrollo y ajuste de los hijos. La familia es esencial para el pleno desarrollo del niño. Cuando las relaciones entre padres e hijos se caracterizan por un adecuado funcionamiento familiar es mucho más probable que los estos sean futuros ciudadanos responsables (UNICEF, 2004).

El medio familiar cuando presenta conflictos que afectan la estabilidad emocional de sus integrantes se considera un factor de riesgo relevante para el intento suicida. La familia puede volverse nociva cuando sin saberlo se convierte en un medio patógeno, es decir no cumple con su papel, cuando las relaciones entre los individuos que la componen son inadecuadas. Estas mismas relaciones no armónicas contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida. La ausencia de calidez

familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar, genera que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al niño y al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes o depresiones (Cervantes y Melo, 2008).

Se han realizado investigaciones a nivel internacional y nacional respecto al suicidio en el niño y el adolescente. Villalobos y Crespo (2004), realizaron un estudio descriptivo de las conductas suicidas en niños y adolescentes en 22 pacientes con edades comprendidas entre los 7 y 17 años, que acudieron a las consultas de Primeros Auxilios Médicos y Emergencia Pediátrica del Hospital Miguel Pérez Carreño, por intento suicida, entre Junio/2002 y Mayo/2003 obteniendo como resultados epidemiológico que la mayoría de los intentos fueron entre los 13 y 17 años, con nivel de instrucción básica incompleta y provenientes de hogares en conflicto.

Musitu y Cava (2003), determinaron mediante una investigación realizada en 1002 adolescentes de instituciones públicas, con edades comprendidas de 12 a 20 años, mediante la aplicación del instrumento Cuestionario de Apoyo Social (CAS), que comprenden 27 ítems que permitió evaluar, con un formato de red, la percepción del apoyo social que el adolescente tiene respecto a los miembros de su red social. Concluyo que el apoyo de los padres tiene vital importancia para el ajuste del adolescente. El apoyo familiar se plantea de esta forma como, un importante recurso social que influencia en el bienestar, y puede ser tanto directa según el grado de conciencia con respecto al apoyo de los padres durante esta transición y disponer de su ayuda; como indirecta mediada, por las estrategias de afrontamiento y la autoestima (Musitu, 2001).

También los resultados de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay en el 2005. En 20 de 34 casos que se obtuvo

información existieron uno o más eventos vitales estresantes sufridos dentro del mes previo al suicidio; predominando los problemas de pareja, los cambios de domicilio y las desavenencias con los padres. Los resultados muestran que el aumento de la cohesión familiar fue un factor protector para los que intentaron suicidarse y que el hecho de no vivir con ambos padres no se asoció con ninguna conducta suicida, sugiriendo que no es la estructura familiar, sino la calidad de las relaciones familiares el factor de riesgo en la conducta suicida del niño y adolescente temprano (Almada, 2005).

La presencia de los factores de riesgo antes mencionados aumenta la probabilidad de que los niños o adolescentes tomen o consideren la opción de suicidarse al no saber cómo manejar las situaciones adversas que se les presentan y al no contar el soporte familiar y social que favorezca su ajuste y adaptación a un medio que constantemente suele poner a prueba sus recursos. La evaluación del riesgo suicida es una parte fundamental en el manejo y la prevención de la conducta suicida, tanto en atención primaria como en atención especializada (Palacios, *et al.*, 2007).

Un estudio realizado en año 2017, de tipo correlacional y expo facto en un albergue de la ciudad de León, Gto., México, cuya finalidad era conocer la prevalencia de conductas de riesgos autolesivos en adolescentes vulnerables institucionalizados, esto en 55 participantes, de ambos sexos, entre 12 a 16. De lo que resultó, un impacto positivo del 29% y se detectó el 27% de la población con riesgo suicida. Del total de participantes el 60% presentó alguna conducta auto-lesiva; 33.33% mujeres y 66.66% hombre, en referencia a la edad de inicio de los jóvenes que mostraron autolesiones en la muestra estudiada; prevaleció la edad de 9 años o menos, el 14.54%, seguido de la edad de 12 años en el 12,72% de los casos. Concluyendo que el riesgo suicida estaba en un porcentaje significativo, de los adolescentes pertenecientes a la casa albergue analizado, representando más de la cuarta parte de la muestra estudiada; esto sugiere una problemática relevante, sumado

a la situación de vulnerabilidad de los jóvenes, lo cual aumenta considerablemente su situación de riesgo. De igual manera, las conductas autolesivas estuvieron presentes en un alto porcentaje de jóvenes, representando también una problemática que requiere de atención inmediata por parte de los agentes de salud mental encargados en la institución (Chávez, et al., 2017).

Por lo antes planteado, y conociendo que el suicidio en el niño y el adolescente es una tragedia que se menciona pocas veces en la sociedad, y es una realidad latente que va en aumento, se hace necesario estudiar la suicidalidad en niños y adolescentes en situaciones de abrigo del Hogar Madre Emilia Puerto Ordaz. Por cuanto son niños que, por diversas razones asociadas como disfunciones graves en su familia de origen, quedan en situaciones de albergue de formas transitorias bajo la protección del estado como medida emanada de los tribunales de protección del niño y adolescente.

## JUSTIFICACIÓN

Aproximadamente un millón de personas en el mundo mueren por suicidio cada año, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos (OMS, 2013). El suicidio representa 1,4 % de las muertes a nivel mundial (Varnik, 2012) y se clasifica entre las 10 principales causas de mortalidad. El suicidio es uno de los fenómenos epidemiológicos que ha ocupado más la atención de los profesionales de las ciencias de la salud y la conducta humana en los últimos años, en vista de este creciente aumento en las tasas de morbilidad por intento suicida, que mundialmente es una de las tres causas principales de muerte.

De acuerdo a la teoría del desarrollo de Piaget, el paso de un nivel se define por el funcionamiento conceptual de uno a otro. En cada etapa, el niño conoce el mundo de distintos modos y usa diferentes mecanismos de internos para organizarse. Es la naturaleza específica del medio físico y social lo que influye en el grado de desarrollo y ritmo a través de las etapas (Newman, 1986).

Conociendo que el entorno en que se desenvuelve y viven los niños aporta herramientas que pueden favorecer o no en su desarrollo mental. Estos niños y adolescentes que han perdido su hogar y familias por diversos motivos, que son puestos a cargo de instituciones públicas o fundaciones. Y que además generalmente son regresados de sus hogares sustitutos, por mala conducta o falta de empatía, inclusive viven en dichas instituciones hasta cumplir la mayoría de edad, causan deterioro en su salud mental, convirtiéndose así en personas débiles e inseguras, desesperanzadas y poco optimistas. Por lo que determinar la suicidalidad en ellos es justificable, para diseñar un plan de acción, que determine la posibilidad de poder ayudarlos a emplear mecanismos más favorables a su propia vida y no tomar la

decisión del suicidio, como alternativa de acabar con el sufrimiento ante el abandono familiar.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Determinar suicidalidad en niños en situación de riesgo del Hogar Madre Emilia, Puerto Ordaz, estado Bolívar – 2018

### **Objetivos Específicos:**

1. Identificar las características familiares de los niños en situación de riesgo del Hogar Madre Emilia, Puerto Ordaz, estado Bolívar – 2018
2. Describir los factores sociales en contexto familiar de los niños en situación de riesgo del Hogar Madre Emilia, Puerto Ordaz, estado Bolívar – 2018
3. Definir los Factores Psicológicos de los niños en situación de riesgo del Hogar Madre Emilia, Puerto Ordaz, estado Bolívar – 2018
4. Medir presencia de ideación en los niños en situación de riesgo del Hogar Madre Emilia, Puerto Ordaz, estado Bolívar – 2018
5. Estimar la presencia de intentos suicidas en los niños en situación de riesgo del Hogar Madre Emilia, Puerto Ordaz, Estado Bolívar – 2018



## **METODOLOGIA**

### **Tipo de estudio:**

El estudio fue de tipo descriptivo, transversal y de diseño de campo.

### **Área de estudio:**

El Hogar Madre Emilia que se localiza en la Parroquia Unare, sector de Caura por detrás del mercado de Unare, Avenida Norte Sur 2, Ciudad Guayana, Puerto Ordaz, Estado Bolívar. La institución alberga de formas transitorias bajo la protección del estado como medida emanada de los tribunales de protección del niño y adolescente una población total de 25 niños y adolescentes con edades comprendidas entre 1 a 15 años.

### **Universo y muestra:**

El universo sujeto a estudio en esta investigación está conformado por 25 sujetos entre 1 a 15 años de edad que son el total de la población bajo el abrigo de la institución por situaciones de vulnerabilidad. La muestra estuvo conformada por 20 individuos quienes cumplieron con los criterios de inclusión: edades comprendidas de 7 a 15 años, y con desarrollo intelectual acorde a edad. La población con que se trabajó tuvo estas particularidades en relación a edades y sexo.

<b>Población</b>		<b>N°</b>
Edades	7 años	4
	8 años	5
	9 años	5
	10 años	4
	11 años	1
	14 años	1
Sexo	Femenino	11
	Masculino	9

### **Instrumentos de recolección de datos:**

#### **Encuesta de datos biográficos**

Se aplicó una encuesta, cuya finalidad fue de recabar forma individualizada la información con respecto a los datos autobiográficos de los participantes de la investigación. Los datos obtenidos a partir de este instrumento se confirmaron con la dirección de la institución.

En este instrumento, la encuesta se diseñó por las investigadoras para recolección de información referente a tres dimensiones básicas: características de las familias, situación actual y tipo de violencia sufrida (Apéndice A).

1. Características de la familia que constó de 3 ítems que explicaron la estructura y función de la familia de origen.
2. Situación actual que constó de 2 ítems que explicó la comunicación del sujeto institucionalizado con los familiares.

3. Tipo de violencia sufrida que constó de 3 items que describieron las situaciones de violencia a las cuales fueron expuestos los niños y adolescentes de la muestra.

### **Entrevista**

Se realizó una entrevista de tipo semi estructurada en forma individual donde se indagó sobre el comportamiento suicida (Apéndice B).

La misma parte de la referencia y conceptualización de la Escala de Beck, que es un cuestionario estructurado en forma de entrevista que se debe aplicar por el investigador a manera de preguntas. Permite sondear una serie de características relativas a: 1. La actitud sobre la vida y la muerte; 2. la ideación suicida o el deseo suicida; 3. Intento una vez meditado; 4. Intención suicida en el presente; 5. Intentos previos. Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exclusiva, mostrando una buena consistencia interna (alpha de Crombach 0.76-0.95), y la fiabilidad del test oscila alrededor de  $r=0.8$ . El presente trabajo solo se aplicó la sub escala de actitudes hacia la vida y la muerte. Sin límites de tiempo, sin embargo, fue respondida en un tiempo de aproximadamente 10 minutos. Se tomaron específicamente 11 items de la dimensión de características de las actitudes hacia la vida/muerte que describen las actitudes de los niños hacia el continuo de vida y muerte, incluidas las ideas y posibles intentos de autoagresión tanto de los niños como percibidos en familiares. (Apéndice B)

### **Procedimiento de recolección de datos:**

Primero se obtuvo el aval de las autoridades de la institución para el uso de los instrumentos de recolección de datos con previa explicación del contenido a la

directiva del Hogar Madre Emilia, la aplicación de los instrumentos a la población estudiada se realizó bajo la supervisión y alineación del personal del albergue, siendo parte del equipo el psicólogo y el tutor, con el propósito de obtener la información sin causar daños ni perjuicios a los sujetos con situaciones de vulnerabilidad. Se seleccionó a los que comprendía edades entre 7 a 15 años y con desarrollo intelectual acorde a edad criterio de inclusión necesario para la investigación. Se investigó si sabían leer y escribir, característica que favoreció en tiempo de aplicación entre 8 a 10 minutos por individuo. Se procedió aplicar la encuesta de forma individualizada. El objetivo fue el de recolectar informaciones referentes a datos biográficos (Apéndice A) de los participantes que luego se confirmaron con la directiva del ente referente. Para la realización de la entrevista semi estructurada, se evaluó el concepto de muerte mediante preguntas directas, si habían presenciado la muerte de alguna persona, y especificar porque causa (naturales, hecho violento o porque se quitó la vida) e indirectamente entorno las características fenómeno de la universalidad de la muerte, y si afectará a todos los seres vivos, al igual que tras la muerte cesará toda la actividad corporal, si desarrollaban la idea de irrevocabilidad de la muerte junto con la de causalidad. Luego se procedió a interrogar sobre conceptos claves como intento de suicidio y suicidio, sustituyendo por sinónimos más claro; se quitó la vida o trato y no se murió. En vista de que el siguiente instrumento se usó con el fin de indagar el comportamiento suicidalidad de los sujetos. (Apéndice B)

### **Análisis de los datos:**

A partir de la encuesta y entrevista aplicadas se construyó una base de datos. los resultados obtenidos se seleccionaron y organizo presentándolos en tablas de doble entrada usando frecuencia y porcentajes. Permitiendo así su análisis cualitativo y cuantitativo correspondiente.

## RESULTADOS

Las características de las familias en la población estudiada, son las siguientes; familias extensas 75% (15), 20% (4) por familias nucleares, y 5% (1) familia monoparental. Dentro de la dinámica de estas familias se encontró, 70% (14) violentas, con abusos de drogas o alcohol, 30% (6) son conflictivas. Según afectos hacía el familiar 60% (12) manifestaron tristeza y 40% (8) temor. (Tabla1)

Entre los factores sociales se encontró que se caracterizaron por agresividad y violencia 70% (14), por abandono escolar 10% (2), referente a la actual comunicación con familiares; 40% (8) refirieron si, con las siguientes modalidades, 30% (6) presencial y 10% (2) por vía telefónica, mientras que 60% (12) señalaron incomunicación con familiares. (Tabla 2)

Con respecto a los factores psicológicos estudiados se encontró en torno a la referente pregunta ¿sufriste algún tipo de violencia? el 100% (20) afirmativamente respondieron haber sufrieron algún tipo de violencia, con respecto a violencia física 65% (13), predominando los golpes con 55% (11), empujar 5% (1) y quemaduras 5% (1). En violencia psicológica (desprecio, insultos, humillaciones, prohibir salir, prohibir estudiar y otros) 100% (20) indicaron estar expuestos, el 60% (12) manifestó la opción otros, enmarcando a la abstinencia de alimentos en todos los casos, 25% (5) insultos, 10% (2) le prohibían estudiar y 5% (1) desprecios. En relación de quien le visitaba en la casa hogar, 5% (1) refirió la Madre o el padre, 35% (7) otro familiar o amigos y 60% (12) ninguno. (Tabla 3)

Conforme a la presencia de ideación suicida en este grupo se realizaron ciertas preguntas referentes a la actitud hacia la vida y muerte; tienes deseo de vivir, 95% (19) respondiendo si, y 5% (1) no, tienes deseos de morir, 95% (19) respondió no y

5% (1) sí y la razones para morir o vivir son; 95% (19) señaló ser más fuertes para vivir que morir y solo un 5% (1) le son iguales. Mientras que en la siguiente interrogante haber pensado quitarse la vida 35% (7) respondió afirmativamente y 65% (13) de manera negativa. En correlación a las características de estos pensamientos en frecuencia 25% (5) fueron ocasionalmente y 10% (2) intermitentes. Según duración señalaron 25% (5) ser breves y 10% (2) periodos largos. En cuanto a la actitud frente a estos pensamientos 30% (6) los rechazan y 5% (1) aceptación. (Tabla 4)

Concerniente a la presencia de intentos suicida 5% (1) respondió sí y 95% (19) respondieron no, entorno al método utilizado se halló 5% (1) usó la ingestión de medicamentos, no se obtuvieron resultados para las opciones ingestión de sustancias tóxicas, ahorcamiento, uso de arma de blanca o arma de fuego y otros. (Tabla 5)

**TABLA 1**

**Características de la familia de los niños en situación de riesgo del “Hogar Madre Emilia” Puerto Ordaz, Estado Bolívar. 2018**

<b>CARACTERÍSTICA</b>		<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Integrantes</b>	Padres/Hijos (familia nuclear)	4	20%
	Padres/Otro Familiar Abuelo/Otro Familiar (familia extensa)	15	75%
	Madre/Padre (familia monoparental)	1	5%
	Otros	0	0%
<b>Dinámica</b>	Armoniosa	0	0%
	Conflictiva	6	30%
	Violenta/ Abuso de Drogas O Alcohol	14	70%
	Otros	0	0%
<b>Afecto por familiar</b>	Amor	0	0%
	Odio	0	0%
	Respeto	0	0%
	Agradecimiento	0	0%
	Temor	8	40%
	Tristeza	12	60%
	Otros	0	0%

**Fuentes:** Encuesta elaborada por las autoras

**TABLA 2**

**Presencia de factores sociales en contexto familiar en los niños en situación de riesgo del “Hogar Madre Emilia” Puerto Ordaz, Estado Bolívar. 2018**

<b>Características</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Abandono escolar	2	10%
Agresividad/violencia	14	70%
Comunicación con familiares	8	40%
Actualmente:	6	30%
	2	10%
Presencial	0	0%
Vía telefónica		
Otros		
Incomunicación con familiar	12	60%

**Fuente:** Encuesta elaborada por las autoras



TABLA 3

**Factores psicológicos presentes en los niños en situación de riesgo del “Hogar Madre Emilia” Puerto Ordaz, Estado Bolívar. 2018**

<b>¿Sufrieste algún tipo de violencia?</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	20	100
No	0	0%
<b>Violencia física</b>	13	65%
Cachetadas	0	0%
Patadas	0	0%
Golpes	11	55%
Empujones	1	5%
Tomar por el cuello	0	0%
Quemaduras	1	5%
Otros	0	0%
<b>Violencia sexual</b>	0	0%
<b>Violencia psicológica</b>	20	100%
Desprecios	1	5%
Insultos	5	25%
Humillaciones	0	0%
Prohibir salida	0	0%
Prohibir estudiar	2	10%
Otros (abstención de alimentos)	12	60%
<b>¿Quién te visita en la casa hogar?</b>		
Padres	0	0%
Madre/Padre	1	5%
otro familiar/amigos	7	35%
Todos los anteriores	0	0%
Ninguno	12	60%

**Fuente:** Encuesta elaborado por autoras.

TABLA 4

**Ideación suicida en niños en situación de riesgo del “Hogar Madre Emilia”  
Puerto Ordaz, Estado Bolívar. 2018**

<b>Actitud hacia vida/muerte</b>	<b>Cantidad</b>	<b>(%)</b>
<b>¿Tienes deseo de vivir?</b>		
Si	19	95%
No	1	5%
<b>¿Tienes deseo de morir?</b>		
Si	1	5%
No	19	95%
<b>¿Las razones para vivir/morir son?</b>		
Más fuertes para vivir que morir	19	95%
Más fuertes para morir que vivir	0	0%
Son iguales	1	5%
<b>¿Han pensado quitarse la vida?</b>		
Si	7	35%
No	13	65%
<b>Características del pensamiento:</b>		
<b>Frecuencia</b>		
Ocasional	5	25%
Intermitente	2	10%
Persistente	0	0%
<b>Duración</b>		
Breve	5	25%
Frecuente	2	10%
Continuo	0	0%
<b>Actitud</b>		
Rechazo	6	30%
Indiferente	0	0%
Aceptación	1	5%

**Fuente:** Sub escala de ideación suicida de Beck

TABLA 5

**Presencia de intentos suicidas en los niños de riesgo del “Hogar Madre Emilia”  
Puerto Ordaz, Estado Bolívar. 2018**

<b>Intentos</b>	<b>Si (%)</b>	<b>No (%)</b>
	1 (5%)	19 (95%)
<b>Números de veces</b>	1 (5%)	
<b>Métodos usados</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ingestión de medicamentos	1	5%
Ingestión de sustancias tóxicas	0	0%
Ahorcamiento	0	0%
Uso de arma de fuego	0	0%
Uso de arma blanca	0	0%
Otros	0	0%

**Fuente:** Encuesta elaborado por autoras.

## DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo con una muestra de 20 niños con edades comprendidas entre 7 a 15 años en situación de riesgo del Hogar Madre Emilia en Puerto Ordaz estado Bolívar. 2018

Se encontró en este estudio que el 75% de las familias de los niños estaban conformada por familias extensas, sin embargo, el entorno familiar se tornó conflictivo y violento con abusos de drogas o alcohol, donde las relaciones inadecuadas entre sus participantes arrojó sentimientos de tristeza y temor en su mayoría por el abandono. Coincidiendo con el estudio realizado con relación al papel de la familia Cervantes y Melo, 2008, al igual al realizado por Almada, 2005, que señaló que no se condiciona a la estructura familiar o sus integrantes sino a la funcionalidad.

Los factores sociales enmarcados en el contexto familiar, son un importante argumento por lo que al evaluar a los participantes se observó que en el 60% no mantiene comunicación con familiares, evidencia clara de relaciones fracturadas, contextualizada en un ambiente de agresión y violencia en los que fueron sometidos. Ahora bien, si este vínculo familia-sociedad se ve fracturado estos factores influyen en la conducta suicida afirmó Durkheim (1995), concluidos además por (Pérez, *et al.*, 2010), (Alzate & Benítez, 2011), (Palacios, *et al.*, 2015) y (Martín, 2017). En correlación UNICEF, 2004, señala que un vínculo favorable beneficia para la formación de ciudadanos responsables, al igual que Musitu, 2001, Musitu y Cava, 2003.

En correspondencia a los factores psicológicos presentes en esta población se evidenció que el 100% presentaron agresiones entre físicas (golpes, empujones y

quemaduras) y psicológicas (abstinencia de alimentos, desprecio e insultos), comunicación inexistente con los niños y adolescentes en 60% de los casos, tanto con los padres u otros familiares. Estudios en donde esta asociación fue investigada la historia de ofensas parentales fue asociada significativamente con intentos suicidas y análisis multivariados indican que esta asociación fue directa (Evans, *et al.*, 2004). Mientras que relacionado bajos niveles de comunicación entre padres e hijos con ideación e intento suicida. (Grupo de trabajo de la GPC en el SNS, 2009). Al respecto Shaffer y Pfeffer, 2001, cita que bajo este contexto se presentaría a futuro sentimientos de desesperanza. Proporcional a esto Mendizábal y Anzures, 1999, encuadra que la salud mental está en íntima relación con la vida y familia del individuo. Apoyado al igual por cervantes y Melo, 2008.

De los niños evaluados en referencia la presencia de ideación suicida, 65% resulto no tener pensamientos suicidas, no obstante, el 35% señalo tener pensamientos de quitarse la vida, con características ocasionales y de duración breve, en ambos casos, representados con un 25%, con manifestación de rechazo a tales pensamientos con 30% de los casos y 5 % con aceptación a dichos pensamientos. En contraste a esto Mansilla (2010), refiere que el clima emocional en el cual vive el niño y el adolescente representa un factor suicida si este está basado en elementos que no les favorecen y pueden generar una entrada para la realización de un acto suicida. Por lo que, el resultado representó un porcentaje significativo de una 5 % de la muestra estudiada. Sin embargo, a pesar del ambiente vulnerable de referencia de los niños y adolescentes, existe una actitud más orientada hacia la vida que hacia la muerte, el 95% refirió que la razón de vivir era más fuerte que la de morir y esta orientación si bien de manera empírica lo muestra como un factor protector. Palacios, *et al.*, 2015, también describen que, a pesar de existir ciertos grados de disfuncionalidad familiar, los niños y adolescentes pueden tener la capacidad de salir de los problemas y de todas las dificultades que se le presenten. Lo igual citados por Villalobos-Galvis, F. H., & et al. (2012), (Vesga & Ossa, 2013) y (Masten, 2001).

Respecto a la presencia de intento suicida en la población de estudio, presento un caso afirmativo representativo de 5%, resaltando que aproximadamente el 50% de los adolescentes que llevan a cabo un intento de suicidio serio han cometido al menos un intento previo Vargas & Saavedra (2012), (Fernández y Willington, 2010). El perfil entra dentro lo que Villalobos y Crespo, 2004 concluyeron en su estudio. En otro estudio Chávez, et al., 2017 encontró en niños institucionalizados igual un porcentaje menor en relación a la muestra, pero si significativo en conductas autolesivas. De acuerdo al método empleado, la ingesta de medicamento fue el que prevaleció. Similar resultó otro estudio donde para realizar el intento de suicidio se encontró que el 90% de los niños y adolescentes había ingerido fármacos. (Bella, *et al.*,2010).

## **CONCLUSIONES**

Entre las características familiares de los niños estudiados en cuanto a estructura predominante, es la estructura familiar extensa.

Dentro de los factores sociales, las características que prevalecieron fueron, la falta de comunicación intrafamiliar y la agresividad.

En relación a los factores psicológicos las características que destacaron fueron, un ambiente de violencia de tipo psicológica basados en abstinencia alimentaria principalmente y de tipo física enmarcada en golpes y empujones. Además, de no existir comunicación con ningún familiar o amigo.

En cuanto a la ideación suicida, el deseo de quitarse la vida prevaleció en un 35% de la muestra.

En relación a la evidencia de intención suicida, había una actitud hacia quitarse la vida de 5% de sujetos evaluados.

## RECOMENDACIONES

Dar a conocer los resultados especialmente a la institución donde fue realizado el estudio, igualmente los datos obtenidos en este trabajo pueden utilizarse como base para estudios futuros en el albergue y así mismo motiven a la investigación en otros del estado Bolívar, motivado a que si bien es transitorio desde el marco legal situacional genere una población con bases favorable para restablecer la confianza.

Fomentar investigaciones en este grupo etario, donde la información es poca, pues estos serán los futuros adolescentes y adultos parte del grupo etario de mayor incidencia.

También hacer de conocimiento a las autoridades del Hogar Madre Emilia, los beneficios de los resultados obtenidos en este estudio para que permitan llevar a cabo el seguimiento de los niños predispuesto, a fin de establecer el nivel de riesgo y adoptar las medidas terapéuticas adecuadas.

Hacer evaluaciones periódicas por parte del personal de psicología para detectar variables de manera precoz, como las terapias necesarias para favorecer el ajuste y adaptación del niño y adolescente y al personal de la institución.

Informar a los padres, familiares y familias de los hogares sustitutos los factores psicosociales que pueden afectar el desarrollo emocional de los niños y dar herramientas útiles para motivar y reorientar hacia actitudes de vida.

Se recomienda realizar estudios multicéntricos con una población mayor de sujetos en situaciones adversas para especificar los riesgos por grupo estario.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Albis, Y., Pabón, B. (2009). Riesgo Suicida en los Médicos Cursantes de Postgrado en el Instituto Autónomo HULA. Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela.
- Álvarez, E. (1998). El Niño y la Muerte. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., vol. XVIII. N° 65. pp. 45-61.
- Alzate, A., & Benítez, J. (Julio de 2011). Aquí todos estamos deprimidos Percepciones del suicidio en la comunidad de Ciudad Bolívar (Antioquia). *Facultad nacional de salud Pública*, 253.
- Balestrini, M. (2006). Como Se Elabora El Proyecto De Investigación. Caraca – Venezuela. BL Consultores Asociados, Servicio Editorial.
- Bella, M. E., Fernández, R. A. y Willington, J. M. (2010). Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1, 24-29.
- Bella, M. E, Fernández, R. A. y Willington, J. M. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de la conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 108, 124-129. doi: 10.1590/S0325-00752010000200006
- Chávez, A., Méndez, M., Hernández, T., Durán, C. Y Ramírez C. Prevención del Suicidio en Adolescentes Institucionalizados Vulnerables. Rev.

De Divulg. Cientif. Vol. 3 no. 2, Verano de la Investigación Científica, 2017. Pp.408-412.

Cervantes, W., Melo, E. (2008). El Suicidio en los Adolescentes: Un Problema en Crecimiento. Rev. De la Fact. de Cs. Sal. [Serie en línea]. 5 (2): 148-154.

Disponible: <http://editorial.unimagdalena.edu.co/revistas/index.php/duazary/Article/viewfile/147/156>. [Enero, 2010].

Corr, C.A. & Mcneil, J. (1986). Adolescence and death. New York: Springer.

De La Torre M. (2013). E. (Ed.). Sociología de la muerte. Madrid: Ed. Sala. Protocolo para la Detección y Manejo Inicial de la Ideación Suicida. Centro de Psicología Aplicada (CPA) Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

Durkheim E. (1995). El suicidio. Ed. 4ta. Akal, Madrid. 450 p.

Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. Clin Psychol Rev. 2004; 24(8): 957-79.

Rev. 2004; 24(8): 957-79. Ferres, A. (2013). Características epidemiológicas del intento de suicidio en adolescentes que acuden al Hospital de Niños “Dr. Jorge Lizarraga”, Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia, Estado Carabobo, 2007 – 2012. Tesis de Grado Universidad de Carabobo. GARCÍA B., GONZÁLEZ S.,

MARTÍNEZ S. (1997). Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Psiquiatría Médica. Barcelona: Editorial Masson.

García, R. y Ramírez, A. (2010). Riesgo Suicida Y Cohesión Familiar En Estudiantes De La Carrera De Medicina. Universidad De Oriente. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Febrero 2010. Tesis de grado Universidad de Oriente.

Grollman, E. (1974). Diálogo sobre la muerte entre padres e hijos. En Küblerross E. (Ed.). *Sociología de la muerte*. Madrid: Ed. Sala.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la infancia y en la adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la infancia y la adolescencia. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxias Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t No 2007/2009. 2009. URL disponible en: <http://www.guiasalud.es> GPC/GPC\_456\_depresion\_inf\_adol\_avaliat\_resum. Pdf (Fecha de acceso: enero del 2012).

Jackson, E. N. (1974): Diálogo el seno de la familia. En Kubler-Ross, E. (Ed.): *Sociología de la muerte*. Madrid: Ed. Sala.

Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses. Diciembre 2013 “Quitarse la vida cuando esta aun comienza” Suicidios NNA\* en Colombia. Boletín epidemiológico trimestral. Volumen 6, nº 8.

- Mansilla, F. (2010). Suicidio y Prevención. InterSalud, Primera edición: noviembre 2010.
- Martín, R. (2011): Prevención del Maltrato Infantil. Propuesta de guía psicoeducativa para la familia. Tesis de Licenciatura en Psicología. Santa Clara: Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.
- Martin, R. Funcionamiento familiar e intento suicida en escolares, Revista Cubana de Medicina General Integral. 2017;33(3):281-295.
- República Bolivariana De Venezuela Anuario De Mortalidad 2006, 2012 y 2013. <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/.../Anuario-Mortalidad.pdf>
- Masten, A. (2001). Resiliency processes in development. *American Psychologist*, 227-238. Mendizábal J. Y Anzures B. jul-sep La familia y el adolescente. Rev. Méd. Host. Gral. Méx., S.Vol. 62, Núm. 3. pp 191 – 197.
- Mikulic, I. (2009) Escala de Desesperanza Bhs (A. Beck, 1974): Estudio de las Propiedades Psicométricas y Baremización de la Adaptación Argentina. Facultad de Psicología - Uba / Secretaría De Investigaciones / Anuario De Investigaciones / Volumen XVI.
- Ministerio de Salud Publica Uruguay. Guía De Prevención Y Detección De Factores De Riesgo De Conductas Suicidas. Octubre del 2007.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2010). Anuario de mortalidad 2006 (página de internet). Caracas, Venezuela. (Citado el 11 de Julio

de (2011). Disponible en:  
<http://www.ovsalud.org/doc/Anuariodemortalidad2006.pdf>

Montiel, R. 2006. La Depresión y el Suicidio. Disponible:  
<http://www.espaciofamiliar.net/articulo.asp?id=4360>. [Enero, 2009].

Organización Panamericana De La Salud Y Organización Mundial De La Salud,  
 (2014). Prevención del suicidio un imperio Global.

Organización Mundial De La Salud (2010). Disponible en la Página web  
<http://www.who.int/topics/suicide/es/>

Organización Mundial De La Salud OMS (2012). SUPRE (Prevención de Suicidios).  
[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)

Palacios, K., Suárez, H. Y. Sánchez, L. Funcionamiento familiar y resiliencia en alumnos de 2° a 5° de secundaria de una institución educativa pública de Lima-Este, Perú, 2015.

Perfil Del Niño Capitulo1. (2001) Disponible en la página web.  
[catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lco/reyes\\_v\\_m/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lco/reyes_v_m/capitulo1.pdf)

Pérez, B., R. L., A. E., d. F., L. A., & C. R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México*, 15.

- Pfeffer C, Shaffer D. 2001. Parámetros prácticos para la evaluación de niños y adolescentes con comportamiento suicida. *Rev Psiquiatría Uruguay*; 65(2):146188.
- Red Por Los Derechos Humanos De Los Niños, Niñas Y Adolescentes. Informe Alternativo al Tercero, Cuarto y Quinto Informe Presentado Por el Estado Venezolano Ante el Comité De Derechos Del Niño. República Bolivariana De Venezuela (REDHNNNA) octubre 2013.
- Rodríguez, H., García, M., Ciriacos, C., 2005. “Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay”, en *Revista Médica de Uruguay*, N° 21, 141-150.
- Shaffer. D., Y Pfeffer, C. Parámetros Prácticos para la Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con Comportamiento Suicida. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Volumen 65 N° 2 octubre 2001.
- Vargas, H., & Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista Neuropsiquiatria*, 19-28.
- Vesga, M. C., & Ossa, E. D. (2012). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.*, 63-77.
- Villalobos. B, Y Crespo. J. Intentos de suicidio en niños y adolescentes en la consulta de emergencia del Hospital Miguel Pérez Carreño junio 2002-

mayo 2003. Sociedad Venezolana de Psiquiatría Vol. 50 / N° 103  
Julio / diciembre 2004.

Villalobos-Galvis, F. H., & et al. (2012). Adaptación del Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (SRI-25) en adolescentes y jóvenes de Colombia. *Revista Panam Salud Publica*, 234.

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO**

<b>TÍTULO</b>	Suicidalidad en niños en situación de riesgo del hogar madre Emilia, Puerto Ordaz, estado Bolívar – 2018.
<b>SUBTÍTULO</b>	

**AUTOR (ES):**

<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>CÓDIGO CVLAC / E MAIL</b>
<b>Guevara., A. Nahir</b>	<b>CVLAC:</b> 11.176.326 <b>E MAIL:</b> lamora2017@hotmail.com
<b>Hernández., F. Felicidad, del Carmen</b>	<b>CVLAC:</b> 18.787.269 <b>E MAIL:</b> felicidadfontt@gmail.com

**PALÁBRAS O FRASES CLAVES:**

Suicidio, intento suicidio, factores de riesgo, niños y adolescentes



**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

ÀREA y/o DEPARTAMENTO	SUBÀREA y/o SERVICIO
Departamento de Salud Mental	Psiquiatría

**RESUMEN (ABSTRACT):**

La conducta suicida ha sido mundialmente reconocida como un importante problema de salud pública. Por tal motivo este trabajo tiene como objetivo determinar suicidalidad en niños en situación de riesgo del Hogar Madre Emilia, Puerto Ordaz, estado Bolívar – 2018. Para esto se propuso un estudio de tipo descriptivo, transversal y de diseño de campo. De un universo de 25 sujetos, se estudiaron 20 con edades entre 7 a 15 años quienes cumplieron con los criterios de inclusión. Se aplicaron; encuesta y entrevista con la aplicación de la subescala de la ideación suicida de la escala de Beck en referencia a actitudes hacia la vida y muerte, realizadas por las autoras. Los resultados mostraron en cuanto a las características de las familias; predominio de familias extensas, con dinámica de contextos violentos y sentimientos tristeza por el abandono. Con factores sociales caracterizados en incomunicación interfamiliar, en un contenido familiar de agresividad y violencia, y abandono escolar. Semejantes en los factores psicológicos la presencia incomunicación hacía padres o algún familiar y un ambiente agresivo tanto físico como psicológico basado en insultos y desprecios. Conforme a la presencia de ideación suicida un porcentaje significativo de 35% señaló afirmativamente haberlo pensado quitarse la vida y las características de estos pensamientos fueron ocasionales con una duración breves y con una actitud de aceptación en solo un caso. Concerniente a la presencia de intentos suicida resultó un caso y el método utilizado fue el usó la ingestión de medicamentos. En conclusión, se determinó una prevalencia de suicidalidad de 5% en la muestra de sujetos evaluados.

**Palabras claves:** suicidio, intento suicidio, factores de riesgo, niños y adolescentes.

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

**CONTRIBUIDORES:**

<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL</b>				
Montero U; Yanireth	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU X</b>	<b>JU</b>
	<b>CVLAC:</b>	9.861.903			
	<b>E_MAIL</b>	Ymdh20@hotmail.com			
	<b>E_MAIL</b>				
Barreto; Julio	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU</b>	<b>JU X</b>
	<b>CVLAC:</b>	15.347.645			
	<b>E_MAIL</b>	Juliob82@hotmail.com			
	<b>E_MAIL</b>				
Martínez; Alfredo	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU</b>	<b>JU X</b>
	<b>CVLAC:</b>	5.874.447			
	<b>E_MAIL</b>	Alfredoj.m.n@gmail.com			
	<b>E_MAIL</b>				
	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU</b>	<b>JU</b>
	<b>CVLAC:</b>				
	<b>E_MAIL</b>				
	<b>E_MAIL</b>				

**FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:**

<b>AÑO</b>	<b>MES</b>	<b>DÍA</b>
2019	05	08

**LENGUAJE. SPA**

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

**ARCHIVO (S):**

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
TESIS. SUICIDALIDAD EN NIÑOS EN SITUACIÓN DE RIESGO DEL HOGAR MADRE EMILIA, PUERTO ORDAZ, ESTADO BOLÍVAR – 2018. doc	. MS.word

**ALCANCE**

**ESPACIAL:** Niños del Hogar Madre Emilia, Puerto Ordaz, Puerto Ordaz, Estado Bolívar, 2018

**TEMPORAL:** 10 Años

**TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:** Médico Cirujano

**NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:** Pregrado

**ÁREA DE ESTUDIO:** Departamento de Salud Mental

**INSTITUCIÓN:** Universidad de Oriente

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CONSEJO UNIVERSITARIO  
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano  
**Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ**  
Vicerrector Académico  
Universidad de Oriente  
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
SISTEMA DE BIBLIOTECA  
RECIBIDO POR [Firma]  
FECHA 5/8/09 HORA 5:00

hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

**JUAN A. BOLANOS CUNFEL**  
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/manuja

Apartado Correos 094 / Telfa: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumaná - Venezuela

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

**DERECHOS**

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario”

**AUTOR**  
Guevara Nahir  
C.I: 11.176.326

**AUTOR**  
Hernández Felicidad  
C.I: 18.787.269

**TUTOR**  
Yanireth Montero  
C.I: 9.861.903

**JURADO**  
Julio Barreto  
C.I: 15.347.645

**JURADO**  
Alfredo Martínez  
C.I: 5.874.447

POR LA SUBCOMISION DE TESIS

