

Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila
Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”

**Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes atendido en
Ciego de Ávila.**

Tesis en opción al Título de Especialista de Primer Grado en Pediatría.

Autor: Dr. Oscar Salazar Quirós.

2020

Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila
Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”

**Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes atendido en
Ciego de Ávila.**

Tesis en opción al Título de Especialista de Primer Grado en Pediatría.

Autor: Dr. Oscar Salazar Quirós
Especialista de Primer Grado en MGI.
Residente de Tercer año de Pediatría

Tutora: Dra. Ana Lourdes García García
Especialista de Segundo Grado en Pediatría.
MsC en Atención Integral al Niño.
Profesora Auxiliar Consultante.
Investigadora Auxiliar.

2020

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por todo el sacrificio que ha hecho para que este sueño se convierta en realidad.

A mis profesores por su dedicación, paciencia y compromiso que son la base fundamental de mi desarrollo como profesional y como persona.

A mis amigos que me han apoyado siempre.

DEDICATORIA

A mis padres, por haber inculcado siempre en mí el amor por el estudio y el trabajo.

A mi esposa por su apoyo incondicional a mi vida profesional.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional analítico longitudinal retrospectivo de casos y controles con el objetivo de determinar los factores de riesgo de intento suicida en adolescentes atendido en el Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila desde julio de 2018 hasta diciembre de 2019. Se trabajó con un universo de 152 pacientes, la muestra quedó conformada por 76 adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. El grupo caso (n=76), pacientes que intentaron suicidarse y el grupo control (n=76), púberes ingresados por otra causa. Se evaluaron las diferencias entre variables y se calculó el Odds Ratio. Predominaron las féminas y las edades entre 15 y 17 años, así como los procedentes del municipio avileño. La ocupación paterna profesional fue un factor protector, no así la cuentapropista. La ingestión de tabletas fue el método predominante y los problemas del hogar el motivo más frecuente. La ingesta de bebidas alcohólicas predominó en el grupo caso y la depresión estuvo muy relacionada al fenómeno, al igual que los padres con alteraciones psiquiátricas. Finalmente, el sexo femenino, la procedencia urbana, el padre cuentapropista y la ingestión de bebidas alcohólicas son factores de riesgo de intento suicida.

Palabras clave: ADOLESCENTE; ADOLESCENTE INSTITUCIONALIZADO; INTENTO DE SUICIDIO; INTENTO DE SUICIDIO/prevención & control.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	4
MATERIALES Y MÉTODOS	13
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	21
CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La adolescencia, es una etapa bien definida entre la niñez y la adultez, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales en la estructura corporal en el funcionamiento fisiológico, psicológico y social, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, que comprende desde los 10 hasta los 19 años. (1, 2)

La adolescencia se considera una etapa de la vida complicada del desarrollo anatomofisiológico, es una época de identidad sexual y relaciones sociales, surge la necesidad de independencia que conlleva en muchas ocasiones a contradecir las reglas y expectativas que los adultos establecen, al enfrentarse con ese nuevo mundo, el adolescente actúa con manifestaciones dramáticas por el fracaso; con el suicidio y el intento de realizarlo amenazan con crear un conflicto de generaciones. (1, 3)

El suicidio ha estado ligado a la humanidad y a sus costumbres, aceptándolo o rechazándolo según ideologías imperantes. Ha existido en todas las épocas; en tiempos remotos, relacionado con celebraciones religiosas, y en otros, como una respuesta aceptable y comprensible a situaciones tan intolerables para la persona como la esclavitud o el sufrimiento extremo. (4)

El intento de suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un acto con una consecuencia no fatal en la cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual con amenaza de muerte, que sin la intervención de otros le causara auto daño, o ingiere una sustancia superior a las dosis terapéuticas generalmente reconocidas y cuyo objetivo es producir cambios que él o ella desean a través de las consecuencias físicas y psíquicas reales o esperadas cercanas a la muerte. (5)

El suicidio en la adolescencia constituye un problema de salud, ocupa la tercera causa de muerte en la mayoría de los países y con tendencia a incrementarse. Según la OMS, anualmente, cerca de 800 000 personas se quitan la vida y muchas

más intentan hacerlo. Se considera que por cada adolescente que consuma un suicidio 400 adolescentes varones y 4000 hembras realizan un intento. (6, 7)

El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes de Estados Unidos donde la tasa de suicidio consumado en varones ha aumentado notablemente en las últimas cuatro décadas la inmensa mayoría de niños y adolescentes que se suicidan tienen algún tipo de enfermedad psiquiátrica. (8)

En Cuba el intento suicida en el 2018 ocupó la tercera causa de fallecidos en las edades de 10 a 19 años, con una tasa de 1.8 x 100 000 habitantes. (9)

En Ciego de Ávila en el año 2018, un total de 160 adolescentes de 10 a 18 años realizaron intento de suicidio. En las Salas de Miscelánea del Hospital General Provincial Docente Dr. Antonio Luaces Iraola, el 39,73 % de los pacientes ingresados, fueron atribuidos al intento de suicidio. (10)

Justificación del estudio.

La conducta suicida representa un problema de salud pública internacional y ha despertado gran interés en los profesionales de la salud, maestros, padres y otros grupos sociales. La Asociación Médica Mundial recomendó la necesidad de capacitar a los estudiantes en las escuelas de Medicina y durante la residencia acerca del desarrollo biopsicosocial de los adolescentes, para reconocer señales y síntomas tempranos de angustia física, emocional y social en esta etapa de la vida, así como aprender a evaluar los riesgos suicidas en sus pacientes. Dicha asociación también recomendó la creación de servicios de consulta de salud mental destinados a prevenir el suicidio, atender a los que lo han intentado y desarrollar investigaciones epidemiológicas sobre suicidio, sus factores de riesgo y los métodos de prevención. (11, 12)

Algunas de las investigaciones en relación a el intento suicida, establecen relaciones entre esta y características psicológicas, sociales y demográficas. No obstante, hasta el momento no se han realizado estudios similares a este en la provincia de Ciego de

Ávila, a pesar de la enorme relevancia epidemiológica que el tema presenta en dicho territorio.

Por la planteado anteriormente surge el siguiente **problema científico**: ¿Cuáles son los factores de riesgo de intento suicida en adolescentes atendido en el Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila desde julio de 2018 hasta diciembre de 2019?

La **novedad científica** radica en la identificación, en el contexto del territorio del área sur de la provincia de Ciego de Ávila, de los factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. Esto brindará conocimientos con bases científicas probadas, que permitirán a los especialistas en pediatría enfocar su atención en aquellos pacientes con mayor probabilidad de atentar contra su bienestar, lo que se traducirá en una mejor atención y por tanto calidad de vida de los enfermos, y será trascendental desde el punto de vista biológico, psicológico, económico y social.

Hipótesis: Si se identifican los factores de riesgo que influyen en la aparición del intento suicida de los adolescentes, una vez diagnosticados se podrá realizar intervenciones educativas sobre los mismos y así se podrá disminuir el acto del intento suicida.

Objetivo General.

Determinar los factores de riesgo de intento suicida en adolescentes atendido en el Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila desde julio de 2018 hasta diciembre de 2019.

Objetivos Específicos.

1. Describir la muestra según características sociodemográficas.
2. Identificar los principales motivos de intento suicida, así como sus formas más comunes.
3. Determinar los factores de riesgo socios ambientales y psicológicos de intento suicida en adolescentes.

MARCO TEÓRICO

La adolescencia ha sido identificada como un período de transición de la niñez hacia la adultez temprana. Se caracteriza por grandes cambios emocionales, sociales y físicos. ⁽¹⁴⁾ Los adolescentes deben lidiar simultáneamente con una variedad de problemas psicosociales, consolidar un sentido de identidad y madurar cognoscitiva y emocionalmente. ⁽¹⁵⁾

Típicamente, los adolescentes son confrontados con la emergencia de una autonomía, el rechazo a la autoridad parental, el incremento de responsabilidades sociales y académicas y un deseo de intimar con otros. ⁽¹⁶⁾ Igualmente, este período de transición representa un tiempo de exploración de la identidad donde se experimentan cambios frecuentes en las metas de vida, en los vínculos románticos, en las aspiraciones de trabajo o estudio y en la visión del mundo. ⁽¹¹⁾

Durante la adolescencia, se presentan en los jóvenes cambios difíciles que les producen ansiedad y depresión y que en ocasiones pueden llegar a una tentativa de suicidio. Esta idea plantea el problema de la depresión como vivencia existencial. La manipulación de la idea de la muerte en el joven suele ser frecuente y puede ser una llamada de auxilio, una forma de comunicar su descontento a los demás, es la pérdida de fe, es desesperanza. ⁽¹⁷⁾

El adolescente comienza a cometer suicidio, mucho antes de llegar al acto suicida y mucho antes de vivir las causas detonantes. Todos los suicidios y los intentos suicidas hablan de una crisis emocional, de una perturbación, de un desacuerdo social.

Suicidio e intento suicida.

Recuento histórico.

A lo largo de la historia el suicidio ha sido un fenómeno que ha estado presente en todas las culturas y sociedades, sin importar religión, clase social, raza, afectando desde niños hasta ancianos y se presenta por múltiples causas, entre los cuales se

encuentra, el factor económico, medios de comunicación, aspectos emocionales; como la baja autoestima, carencia de afecto, problemas familiares y de relaciones interpersonales. Dentro de los métodos más utilizados están, la ingestión de medicamentos tóxicos, armas de fuego y objetos cortantes, los cuales son los más accesibles para cometer el intento suicida. ⁽¹⁸⁾

El suicidio en la Era Cristiana, se consideraba un pecado y era perseguido y condenado por la Iglesia todo individuo con conducta suicida. A principios del siglo XX fue que comenzaron los estudios acerca del suicidio a partir de dos corrientes principales, la sociológica representada por Dorkhein y la psicológica expuesta por Meninger y Freud, que involucraban diferentes mecanismos inherentes al psiquismo. Actualmente la conducta suicida es considerada como un hecho de causas multifactoriales en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. ⁽¹⁹⁾

Definiciones.

Conducta suicida: espectro de conductas con fatal desenlace o no, que incluyen tentativa de suicidio o suicidio.

El intento de suicidio y el suicidio son las dos formas más representativas de la conducta suicida. Constituyen las manifestaciones dramáticas del fracaso de los adolescentes al enfrentarse con ese nuevo mundo; en consecuencia, como ellos ponen en tela de juicio lo histórico y social, amenazan con crear un conflicto de generaciones. ⁽¹¹⁾

La OMS define el suicidio como un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados; es decir, el suicidio es el acto consumado de tomar la propia vida. ⁽⁴⁾

Por otra parte, el intento suicida es definido como una conducta potencialmente auto lesiva con un resultado no fatal, en la cual hay evidencia que la persona intentó matarse a sí misma; un intento suicida puede o no resultar en lesión. La ideación

suicida sería la preocupación de pensamientos intrusivos de poner término a la propia vida. ^(4, 20)

Epidemiología.

Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países, tiene efectos duraderos para los allegados. El suicidio en la adolescencia es una trágica realidad, ocupando un lugar entre las tres primeras causas de muerte en la mayoría de los países y en algunos, sólo le supera otro tipo de muerte violenta: los accidentes de tránsito. Y lo peor es que la tendencia es a incrementarse según lo estimado por la OMS. ⁽⁷⁾

A nivel mundial las tasas de suicidio han aumentado en un 60% en los últimos 45 años. Actualmente casi un millón de personas mueren al año por esta causa, lo que supone una tasa de mortalidad de 16 por cada 100.000 habitantes. Esto equivale a que una persona se suicida cada 40 segundos en algún lugar del planeta. El suicidio es la segunda causa de defunción en el grupo de 10 a 24 años. Se estima que del total de suicidios consumados anualmente 250.000 corresponden a menores de 25 años. ⁽¹¹⁾

Entre los países con más altas tasas de suicidio se encuentran algunos del continente europeo, como: Hungría, Finlandia, Checoslovaquia, Austria, Alemania y Dinamarca, donde también ha ocurrido un aumento del intento de suicidio en niños y adolescentes. ⁽¹⁴⁾

Según informe sobre la mortalidad por suicidio en las Américas las muertes por suicidio aumentan en las últimas décadas. Entre los países con mayor índice para todas las edades se encuentran Estados Unidos, Canadá, Cuba, Guyana, Surinam, Trinidad y Tobago y Chile. ⁽²¹⁾

En 2015 hubo 2,068 suicidios en Colombia, 10% más que en el año anterior y 48,74% de ellos ocurrieron en el grupo de edad de 15 a 34 años. En el rango de edad de 10 a 14 años la tasa por 100,000 habitantes fue de 1,73 y en el de 15 a 17 años, de 5,72. ⁽²²⁾

Está planteado por algunos autores cubanos que las tentativas de suicidio se han incrementado considerablemente antes de los 20 años de edad en las últimas décadas siendo considerado el arribo a la adolescencia como el mayor riesgo para su comisión. ⁽²³⁻²⁵⁾

En Cuba las lesiones autoinfligidas intencionalmente en edades de 10 a 19 años presentó una tasa de 2,0 por 100 000 habitantes en el año 2017; estas constituyeron la tercera causa de muerte en este grupo. ⁽⁹⁾

Factores de riesgo de suicidio e intento suicida en adolescentes.

Diversos autores se han dado en averiguar los factores que los adolescentes ubican como causales en su intención suicida identificados, entre estos, la inestabilidad familiar por peleas o incomunicación, la pérdida de un ser querido, el aislamiento social y los sentimientos de soledad y de fracaso. ⁽⁶⁾

Estudios basados en población chilena han identificado algunos factores de riesgo de conducta suicida en adolescentes, incluyendo el género femenino, la impulsividad, la autoestima baja, los problemas de cohesión familiar, el déficit de apoyo social, la depresión, el abuso de drogas, el tabaquismo, la desesperanza y la ideación suicida. ⁽²⁶⁾

De la misma manera, son importantes los antecedentes familiares patológicos, particularmente los trastornos afectivos y el abuso de drogas y alcohol; por ejemplo, el índice de alcoholismo en uno de los padres o en ambos es muy elevado en estos casos. Aunque en el estudio realizado en la Universidad Javeriana no se preguntó exactamente por antecedentes patológicos de tipo mental, sí se exploró la cercanía afectiva a personas que se han intentado suicidar o se han suicidado, y se encontraron datos interesantes como éste: los adolescentes que han intentado suicidarse el 60% han tenido vínculos con personas cercanas que han intentado suicidarse o que se han suicidado, a diferencia del 32% de los que no han intentado suicidarse. ⁽²⁷⁾

Estos factores pueden clasificarse en tres grandes grupos: individuales, familiares y sociales.

Factores individuales.

Edad: antes de la pubertad, tanto el suicidio como la tentativa son excepcionales, posiblemente debido a la inmadurez cognitiva que dificulta la ideación del plan y su ejecución y a que algunos niños pueden no apreciar el suicidio como un hecho irreversible. Sin embargo, aumentan en la adolescencia asociados a la presencia de comorbilidad, especialmente trastornos del estado de ánimo y abuso de tóxicos. ⁽²⁰⁾

Sexo: existen patrones de suicidio en cuanto al sexo, pero no son iguales en todos los países. En general el suicidio es más común en varones, pero las mujeres realizan más intentos de suicidio. En España el sexo se ha considerado un factor diferencial, puesto que las tasas de suicidio llegan a ser hasta tres veces más altas en varones que en mujeres en todos los grupos de edad. ⁽²⁰⁾

Etnicidad: Las diferencias étnicas pueden reflejar “contagio” en grupos aislados en lugar de diferencias culturales. En Canadá, el suicidio en jóvenes aborígenes es cerca de 5 a 6 veces más que en los jóvenes no aborígenes. En EEUU, el porcentaje de jóvenes suicidas es mayor entre nativos americanos, seguido por blancos y afroamericanos y menor entre los de la etnia asiático pacífica. ⁽²⁸⁾

Biológicos: se plantea que factores neurobiológicos como los causantes o desencadenantes de todo un conjunto de comportamientos anómalos. En este contexto, los desequilibrios en diversos sistemas de neurotransmisores ocupan un lugar destacado. La más citada es la disfunción en el sistema serotoninérgico. De hecho, la hipótesis de un desequilibrio serotoninérgico constituye uno de los principales argumentos neurobiológicos del trastorno depresivo. Quizá más precisa podría ser la correlación entre la desregulación de la serotonina y la respuesta impulsiva a un estrés. En este sentido, la correlación tendría más relación con el factor impulsividad que con el factor depresión. ⁽²⁹⁾

Factores psicológicos: algunas variables como la rigidez cognitiva, el déficit de habilidades de resolución de problemas y estar más centrado en el presente que orientado al futuro, se han relacionado con intento de suicidio. ⁽²⁰⁾

En una revisión sistemática se encontró que los adolescentes con conducta suicida previa en comparación con controles sanos o pacientes psiquiátricos, presentan un mayor déficit de habilidades de resolución de problemas, aunque estas diferencias desaparecen al controlar variables como la depresión y la desesperanza. ⁽²⁰⁾

Entre los factores de riesgos que se plantean en el suicidio e intento de suicidio está la depresión que se ha asociado frecuentemente a la conducta e ideación suicida. Así, en niñas, la presencia de depresión mayor es el factor de riesgo más importante, seguido del intento de suicidio previo, mientras que, en niños, es el intento de suicidio previo, seguido de depresión, abuso de sustancias y trastornos de conducta. ⁽²⁰⁾

Otros autores han asociado la conducta suicida con la esquizofrenia con el trastorno bipolar, con trastornos de la personalidad (eje II) y con ciertos rasgos de esta (autoestima, impulsividad, ira y agresividad). ⁽²⁰⁾

Los hallazgos sugieren que el diagnóstico psiquiátrico en el momento de la tentativa y la historia psiquiátrica son los factores más importantes para determinar el riesgo suicida. También se ha relacionado el contacto con el servicio de salud mental previo. ⁽²⁰⁾

La desesperanza es también un factor de riesgo relacionado tradicionalmente con la conducta suicida y se emplea frecuentemente en la práctica clínica por su utilidad y fácil detección. Sin embargo, algunos autores han propuesto que la desesperanza de por sí, sin existencia de depresión, no predice una tentativa. ⁽²⁰⁾

Intento de suicidio previo: la mayoría de los estudios consideran que es uno de los factores de riesgo más importantes, fundamentalmente, y como se ha mencionado anteriormente, en varones. Algunos estudios ponen de manifiesto que

aproximadamente el 50% de los adolescentes que llevan a cabo un intento de suicidio serio han cometido al menos un intento previo. ⁽²⁰⁾

Orientación sexual: se ha asociado a ideación y conducta suicida, pero no existe evidencia científica al respecto, fundamentalmente por la intervención de otras variables. ⁽²⁰⁾

Maltrato físico o abuso sexual: los niños sometidos a situaciones de abuso físico y sexual tienen alta incidencia de conducta suicida. Se ha relacionado con el abuso físico y sexual, este último más en varones que en mujeres, con diferencias del 52% en varones y 2% en mujeres. El abuso sexual está relacionado con trastornos psicopatológicos y no está claro si la alta prevalencia de conducta suicida se debe al abuso en sí o a la patología. ⁽²⁰⁾

Factores familiares y contextuales.

Los padres de adolescentes suicidas es frecuente encontrar trastornos psiquiátricos. Los más habituales son los estados depresivos y el abuso de sustancias tóxicas. Estos datos son susceptibles de diversas interpretaciones. Se pueden interpretar en términos de vulnerabilidad determinada genéticamente, pero también pueden pensarse en términos del impacto que dichos trastornos pueden ocasionar en el adolescente. Resulta claro que unos padres que se encuentran en una precaria situación personal, que comporta para ellos mismos un importante riesgo suicida, no van a poder ayudar a su hijo a enfrentarse con todo lo que la adolescencia supone. ⁽³⁰⁾

Psicopatología de los progenitores: la historia familiar de suicidio, la psicopatología y el abuso de tóxicos de los padres se ha asociado frecuentemente a conducta suicida. ⁽²⁰⁾

Antecedentes de tentativas de suicidio o de suicidio en los padres. Se ha constatado que en el caso de muerte por suicidio de la madre o del padre el riesgo de tentativa de suicidio en el hijo adolescente se multiplica. ^(5, 31, 32)

Estructura o funcionamiento familiar: vivir apartado de los dos padres se ha asociado con incremento de la prevalencia del fenómeno suicida; sin embargo, no se encontró asociación con la muerte de uno o ambos padres. Algunos estudios han sugerido que las mujeres son menos reactivas a factores estresantes familiares que los varones y también se han relacionado bajos niveles de comunicación padres hijos con ideación y conducta suicida. ⁽²⁰⁾

Factores sociales y nivel educativo: se ha encontrado una asociación entre bajo estatus socioeconómico y bajo nivel educativo con conducta suicida. El rendimiento académico bajo ha sido asociado a ideación suicida y el tener una actitud negativa acerca de la escuela y la actividad escolar, con un incremento de la prevalencia del fenómeno suicida. ⁽²⁰⁾

Otros factores, como el divorcio o las relaciones entre los padres y los hijos adolescentes pierden peso específico si se tienen en cuenta tanto los factores psicopatológicos asociados como los factores de riesgo psicosocial, muerte de familiares importantes. ^(6, 30)

Factores sociales.

Rendimiento escolar: La asociación con el rendimiento escolar fue investigada en 10 estudios evaluados en una revisión sistemática. Parece haber una asociación significativa pero indirecta entre pobre rendimiento escolar e intentos suicida. La pobre asistencia escolar estuvo positivamente asociada con ideación e intento suicida. Análisis multivariados fueron reportados en tres estudios, pero la relación no parece ser directa. ⁽²⁸⁾

Exposición a medios de comunicación: La exposición a determinado tipo de información en los medios de comunicación sobre suicidios, también se ha asociado con conductas suicidas en adolescentes. La exposición al suicidio en la televisión fue asociada significativamente con autoagresión deliberada. Esta persiste en el análisis bivariado y multivariado después de controlar género, depresión, hábitos televisivos, eventos de vida (reales y en la televisión), conductas de riesgo y consumo de alcohol y drogas. ^(28, 33)

Actividades recreativas: Hay alguna evidencia de asociación significativa (aunque no directa) entre fenómenos suicidas y participación incrementada en deportes para mujeres, pero esto es menos claro en el caso de varones. ^(28, 33)

Acoso por parte de iguales (bullying): se ha relacionado con conducta suicida y también con altos niveles de estrés e ideación suicida. ⁽²⁰⁾

Uno de los elementos centrales en las estrategias de prevención de suicidio es la identificación de factores de riesgo de intento de suicidio de una forma comprensiva que incluya perspectivas psiquiátricas, somáticas, psicológicas y sociales. ⁽⁶⁾

Con la prevención se puede identificar las personas en riesgos y la realización de intervenciones apropiadas como sugiere el programa nacional cubano de prevención de la conducta suicida que propone conocer los casos de intento de suicidio, sus características principales, las circunstancias como ocurrieron los hechos y métodos usados, alertar a las autoridades encargadas de la toma de decisión del adolescente.

⁽⁶⁾

MATERIALES Y MÉTODOS

Contexto y clasificación del estudio.

Se realizó un estudio observacional analítico longitudinal retrospectivo de casos y controles, para determinar los factores de riesgo de intento suicida en adolescentes atendido en el Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila desde julio de 2018 hasta diciembre de 2019.

Universo y Muestra.

El universo quedó constituido por todos los pacientes de 10 a 17 años que ingresen en el Servicio de Pediatría del Hospital Provincial Docente Dr. Antonio Luaces Iraola desde julio del 2018 a julio del 2020 con intento suicida. Por cada caso que dio el consentimiento informado el paciente y/o sus familiares en participar en la investigación se tomó un control, que fue el próximo adolescente que ingresó por otras causas en la sala del hospital, y que el mismo y sus familiares den su consentimiento para participar en la investigación. (anexo 1).

La muestra quedó formada por los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión:

- Dar el consentimiento informado del paciente y/o familiar

Criterios de Exclusión:

- Que residan fuera de la provincia

Criterios de Salida:

- Que el familiar se lleve al paciente bajo su responsabilidad antes de ser valorado por psicología.

Finalmente, el universo quedó constituido por 157 pacientes. El grupo caso de estudio fue conformado por todos los enfermos que cumplieron los criterios de inclusión (n=76), de igual forma, formaron parte del grupo control los 76 adolescentes que ingresaron inmediatamente después del caso.

Operacionalización de las variables.

Variable dependiente.

Variable	Clasificación	Escala	Descripción	Indicadores
Ocurrencia de intento suicida.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sí No	Según la ocurrencia de la intento suicida.	Frecuencia absoluta y Porcientos

Variables independientes.

Variable	Clasificación	Escala	Descripción	Indicadores
<i>Variables sociodemográficas.</i>				
Edad.	Cualitativa Ordinal.	10 a 14 años 15 a 17 años	Según la etapa pediátrica a la que pertenece teniendo en cuenta los años cumplidos según Carne de Identidad.	Frecuencia absoluta y Porciento.
Sexo.	Cualitativa Nominal Dicotómica	-Femenino -Masculino	Sexo según fenotipo biológico.	Frecuencia absoluta y Porciento.

Procedencia.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Ciego de Ávila Otros municipios	Según municipio de residencia por división política administrativa	Frecuencia absoluta y Por ciento.
Edad de la madre.	Cuantitativa Continua	25 a 40 años Más de 40 años	En años cumplidos según carne de identidad.	Frecuencia absoluta y Por ciento.
Edad del padre.	Cuantitativa Continua	25 a 40 años Más de 40 años	En años cumplidos según carne de identidad.	Frecuencia absoluta y Por ciento.
Grado de escolaridad del paciente.	Cualitativa Ordinal	Primaria Secundaria Preuniversitario	Según grado vencido	Frecuencia absoluta y Por ciento.
Grado de escolaridad de la madre.	Cualitativa Ordinal	Primaria Secundaria Preuniversitario Universitario	Según grado vencido	Frecuencia absoluta y Por ciento.
Grado de escolaridad del padre.	Cualitativa Ordinal	Primaria Secundaria Preuniversitario Universitario	Según grado vencido	Frecuencia absoluta y Por ciento.
Ocupación de la madre.	Cualitativa Nominal	Ama de casa Obrera Técnico medio	Según labor que realiza.	Frecuencia absoluta y

	Politómica	Profesional Cuentapropista		Por ciento.
Ocupación del padre.	Cualitativa Nominal Politómica	Amo de casa Obrera Técnico medio Profesional Cuentapropista	Según labor que realiza.	Frecuencia absoluta y Por ciento.
<i>Variables inherentes al suicidio.</i>				
Método de intento suicida.	Cualitativa Nominal Politómica.	-Ingestión de tabletas -Cortes en el cuerpo -Ahorcamiento	Según el medio que empleó para intentar suicidarse.	Frecuencia absoluta y Por ciento.
Motivo por el que se intentó suicidar.	Cualitativa Nominal Politómica.	-Problemas en el hogar -Problemas en la escuela -Problemas con la pareja	Discusión con algún miembro del hogar No quiere estar becado/a o dificultades de aprendizaje Discusión o ruptura con la pareja.	Frecuencia absoluta y Por ciento.
<i>Variables individuales.</i>				

Intento suicida anterior.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	- Sí -No	Según cumplimiento del procedimiento técnico.	Frecuencia absoluta y Por ciento.
Depresión del adolescente.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	- Sí -No	Si el adolescente es diagnosticado con depresión por el psiquiatra infantil.	Frecuencia absoluta y Por ciento.
Trastornos de la personalidad del adolescente.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	- Sí -No	Si el adolescente es diagnosticado con trastorno de la personalidad por el psiquiatra infantil.	Frecuencia absoluta y Por ciento.
Convivencia con ambos padres.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	-Sí -No	Si convive con ambos padres	Frecuencia absoluta y Por ciento.
Tiene pareja.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	-Sí -No	Según si tiene relación estable de pareja.	Frecuencia absoluta y Por ciento.
Tabaquismo.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	- Sí -No	Según si fuma o no.	Frecuencia absoluta y Por ciento.
Ingestión de bebidas	Cualitativa Nominal	- Sí -No	Según si ingiere o no bebidas	Frecuencia absoluta y

alcohólicas.	Dicotómica.		alcohólicas.	Por ciento.
<i>Variables familiares y contextuales.</i>				
Padres con alteraciones psiquiátricas.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	- Sí -No	Según presencia de alteraciones psiquiátricas en los padres.	Frecuencia absoluta y Por ciento.
Consumo de alcohol.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	- Sí -No	Según presencia de consumo de alcohol en los padres.	Frecuencia absoluta y Por ciento.
Separación de los padres.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	- Sí -No	Si los padres del adolescente se encuentra divorciados.	Frecuencia absoluta y Por ciento.
Dificultades para mostrar afecto.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	- Sí -No	Si los padres del adolescente no le muestran afecto.	Frecuencia absoluta y Por ciento.
Pérdida de autoridad entre los padres.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	- Sí -No	Si los padres del adolescente son incapaces de ejercer un control sobre este.	Frecuencia absoluta y Por ciento.
Hacinamiento.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	- Sí -No	Si existe hacinamiento en el hogar donde vive el	Frecuencia absoluta y Por ciento.

			adolescente.	
Depresión del adolescente.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	- Sí -No	Si el adolescente es diagnosticado con depresión por el psiquiatra infantil.	Frecuencia absoluta y Por ciento.
Trastornos de la personalidad del adolescente.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	- Sí -No	Si el adolescente es diagnosticado con trastorno de la personalidad por el psiquiatra infantil.	Frecuencia absoluta y Por ciento.

Métodos e instrumentos de recolección de datos.

Para realizar el estudio se emplearon los métodos de análisis y síntesis para la revisión bibliográfica referente al tema tratado, la cual se realizó consultando bibliografía actualizada nacional e internacional.

Para recoger la información se elaboró una planilla de recolección de datos (anexo 2) que se llenó a partir de las historias clínicas de los pacientes y las entrevistas médicas.

Todas las variables fueron recogidas en el servicio de Pediatría del Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila, por el médico residente de la especialidad autor de la investigación.

Técnicas y procedimientos estadísticos.

Una vez recogida la información del universo, se elaboró un fichero con la utilización del programa Microsoft Excel para la recogida de los datos y su posterior procesamiento con el programa SPSS® versión 26. Se llevaron a cabo métodos de estadísticas descriptivas y medidas de resumen para datos cualitativos y cuantitativos (cifras absolutas, por ciento, media), para su mejor interpretación.

Los resultados obtenidos se presentaron en tablas diseñadas al efecto, en las que se resumió la información con el fin de interpretarla de forma clara y sencilla. Se utilizó la prueba de independencia basada en la distribución ji-cuadrado para evaluar si dos variables categóricas son independientes entre sí o están relacionadas a nivel estadístico, se utilizó la U de Mann-Whitney en variables ordinales. En todos los casos se consideró una $p < 0,05$ como significativa y se trabajó con una confiabilidad del 95%.

Se determinó el Odd Ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC_{95%}) para cada uno de los factores hipotéticamente influyentes en el intento suicida en adolescentes.

Se realizó posteriormente un análisis del fenómeno estudiado, que permitió, a través del proceso de síntesis y generalización, arribar a conclusiones.

Aspectos Éticos.

En todo momento se respetaron los principios básicos de la bioética: la autonomía, la justicia, la beneficencia y no maleficencia. ⁽³⁴⁾ Se acordó la no divulgación de la información recolectada de forma individual, solo se dieron a conocer los resultados globales del estudio.

Recursos y Costos Económicos.

La investigación no demandó gastos económicos y los recursos materiales empleados se redujeron al uso de útiles de escritorio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1: Distribución de los pacientes según sexo y edad. Sala de Miscelánea B del Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”. Ciego de Ávila desde julio del 2018 a diciembre del 2019.

Sexo y edad	Grupo Caso n=76 (%)	Grupo Control n=76 (%)	p	OR (IC_{95%})
Sexo			< 0,001*	8,06 (3,41-19,05)
Femenino	68 (89,5)	39 (51,3)		
Masculino	8 (10,5)	37 (48,7)		
Edad			0,494	1,26 (0,64-2,47)
10-14 años	28 (36,8)	24 (31,6)		
15-17 años	48 (63,2)	52 (68,4)		

Prueba: ji-cuadrado de Pearson.

*Significativo.

Fuente: Planilla de recolección de datos.

En la tabla 1 se observa que el 89,5% de los pacientes con intento de suicidio pertenecen al sexo femenino siendo este dato significativo; se puede afirmar, con una confianza del 95%, que las hembras poseen entre 3,41 y 19,05 veces más probabilidades de intentar suicidarse que los varones. En cuanto a la edad, a pesar de no existir diferencias significativas entre ambos grupos, el 63,2% se corresponde al grupo etario de 15-17 años, lo cual es una mayor frecuencia que en el de 10-14 años.

Con respecto al sexo se corresponde con otros estudios donde el intento de suicidio es más frecuente en el sexo femenino. ^(35, 36) En cuanto a la edad, el autor concuerda con Álvarez Caballero y colaboradores quienes encontraron más frecuente el grupo etario de 15 a 19 años que se corresponde con la edad que predominó en esta investigación. ⁽³⁶⁾

En el Hospital Pediátrico de Sancti Spíritus la proporción de intento suicida fue mayor en el sexo femenino y en las edades de 10 a 14 años. ⁽³⁷⁾ En cuanto al sexo se corresponde con la mayoría de los estudios, sin embargo, en cuanto a la edad difiere de la investigación realizada por el autor de esta investigación.

El autor concuerda con Arrom Suhurt CM, y colaboradores ⁽³⁸⁾ quienes encontraron que el 53,6% de los pacientes estudiados fueron féminas y el grupo de edad más frecuente fue el de 15-17 años con un 61,7%.

Dávila-Cervantes CA y colaboradores ⁽³⁵⁾ presentaron criterios similares, afirman que ser del sexo femenino incrementa en 3,1 veces el riesgo de intento suicida, así como tener menos de 16 años de edad lo incrementa en 1,6 veces. Asimismo, Silva D y colaboradores ⁽²⁶⁾ calcularon el riesgo del sexo femenino aumentado en 3,14 veces por encima del masculino.

Pérez Arteaga AM y colaboradores, ⁽²¹⁾ también encontraron una prevalencia femenina en su trabajo, esta vez más extrema al ser del 93,5% de los casos estudiados. Mientras que Vázquez Mastache NJ, y colaboradores ⁽³⁹⁾ encontraron solo el 55,2%, que, a pesar de ser una mayoría, esta es una cifra más conservadora.

Bazán-López JL, y colaboradores ⁽⁴⁰⁾ presentaron resultados similares a los del presente estudio en cuanto a la estimación del riesgo para adolescentes femeninas, calcularon que estas son 3,05 veces más propensas a intentar suicidarse, sin embargo, en cuanto a la edad hallaron cifras diferentes, ya que el grupo etario más frecuente fue para ellos el de 12 a 14 años con el 53,7% de los sujetos. Dato que contrasta con los datos encontrados en la presente investigación, así como con la de González Sábado RI, y colaboradores ⁽²⁵⁾ quienes afirmaron que el 56,5% de sus pacientes fueron adolescentes de la etapa tardía de 17-19 años.

De forma similar Calderón-Ramírez V, y colaboradores ⁽⁴¹⁾ describen que el 55% de los casos estudiados en los siete años de su investigación corresponde al género femenino y la mayor concentración se encontró en el grupo de 15 a 19 años. Semejantes resultados obtuvieron Puma Apaza AM, ⁽⁴²⁾ que situó como grupo más frecuente el de 17 a 19 años y como sexo al femenino con el 68,3% de los casos; y a

Álvarez Caballero M, y colaboradores ⁽³⁶⁾ quien encontró predominancia de las féminas (73,5 %), y del grupo etario de 15-19 años (60,9%).

En contraste con estos resultados Muro García A, y colaboradores ⁽³⁷⁾ a pesar de presentar como sexo predominante el femenino en el 86,3% de las ocasiones, da como grupo etario principal el de 10 a 14 años (95,5%); así como Guerrero-Martínez LF, ⁽⁴³⁾ encontró una mayor incidencia (88%) entre los 13 y 16 años de edad.

Tabla 2. Distribución de los pacientes según lugar de procedencia.

Lugar de procedencia	Grupo Caso n=76 (%)	Grupo Control n=76 (%)	p	OR (IC _{95%})
Ciego de Ávila	42 (53,3)	26 (34,2)	0,009*	2,37 (1,23-4,57)
Otros Municipios	34 (44,7)	50 (65,8)		
Total	76 (100)	76 (100)		

Prueba: ji-cuadrado de Pearson.

* significativo.

En esta tabla 2 se muestra el lugar de procedencia de los adolescentes y el grupo control predominando el municipio de Ciego de Ávila siendo este el de mayor densidad de población y resultando significativo, además se puede afirmar que los adolescentes procedentes de este municipio presentan en el 95% de los casos entre 1,23 y 4,57 veces más probabilidades de intentar suicidarse que los de otros municipios más rurales. Esto se corresponde con lo planteado por Muro García y colaboradores que encontraron predominio de los casos en la zona urbana. ⁽³⁷⁾

De igual manera Pérez Arteaga AM y colaboradores, ⁽²¹⁾ detectaron que la mayor cantidad de adolescentes pertenecían a la localidad urbana, mientras que un número no tan bajo formaba parte de la zona rural.

Calderón-Ramírez V, y colaboradores ⁽⁴¹⁾ describieron que los adolescentes estudiados por intento suicida viven en una cabecera municipal con un promedio de 63,3%, variando desde 57% hasta 67,7% en distintos años.

En contraste con los resultados encontrados por los autores antes mencionados, Silva D, y colaboradores ⁽²⁶⁾ hallaron que la ruralidad no fue significativa presentando un IC_{95%} del OR entre 0,94 y 2,37.

Tabla 3. Distribución de los pacientes según edad de los padres.

Edad de los padres	Grupo Caso n=76 (%)	Grupo Control n=76 (%)	p	OR (IC_{95%})
Edad de la madre			0,563	1,25 (0,58-2,66)
25-40	60 (78,9)	57 (75,0)		
Más de 40	16 (21,1)	19 (25,0)		
Edad del padre			0,240	0,67 (0,34-1,30)
25-40	25 (32,9)	32 (42,1)		
Más de 40	51 (67,1)	44 (57,9)		

Prueba: ji-cuadrado de Pearson.

En la tabla 3 se muestran como la edad de los padres no resultó significativa en el estudio, sin embargo, cabe destacar que en ambos grupos el mayor porcentaje de las madres resultaron entre 25 y 40 años de edad y los padres en más de 40 años.

Tabla 4. Distribución de los pacientes según escolaridad de los padres.

Escolaridad de los padres	Grupo Caso n=76 (%)	Grupo Control n=76 (%)	p
Escolaridad de la madre			< 0,001*
Primaria	9 (11,8)	14 (18,4)	
Secundaria	13 (17,1)	25 (32,9)	
Preuniversitario	21 (27,6)	27 (35,7)	
Universitario	33 (43,4)	10 (13,2)	
Escolaridad del padre			0,007*
Primaria	22 (28,9)	41 (53,9)	
Secundaria	24 (31,6)	15 (19,7)	

Preuniversitario	18 (23,7)	11 (14,5)
Universitario	12 (15,8)	9 (11,8)

Prueba: U de Mann-Whitney.

* significativo.

Se aprecian diferencias significativas en cuanto al grado de escolaridad de las madres y los padres. Sin embargo, cabe notar como en el caso particular de las madres a medida que aumenta el grado de escolaridad, aumenta también la frecuencia de los intentos de suicidio en los niños, mientras que en el caso de los padres ocurre a la inversa.

Tabla 5. Distribución de los pacientes según escolaridad.

Escolaridad	Grupo Caso n=76 (%)	Grupo Control n=76 (%)	p	OR (IC_{95%})
Secundaria	28 (36,8)	24 (31,6)	0,494	1,26 (0,64-2,47)
Preuniversitario	48 (63,2)	52 (68,4)		
Total	76 (100)	76 (100)		

Prueba: ji-cuadrado de Pearson.

Como se observa en la tabla 5, ningún paciente estudiado perteneció a la categoría "Primaria". Además, no existieron diferencias significativas en cuanto a la escolaridad de los adolescentes. Aun así, se debe notar que el mayor porcentaje se presentó en pacientes de escolaridad preuniversitaria, lo cual concuerda con los rangos etarios previamente presentados en la Tabla 1. Semejantes resultados presentaron Pérez Arteaga AM y colaboradores, ⁽²¹⁾ en un estudio en el que el porcentaje de estudiantes de preuniversitarios fue de 63%, mientras que de secundaria de un 37%.

Por otra parte, Arrom Suhurt CM, y colaboradores ⁽³⁸⁾ describieron el 49,1% de sus sujetos en la educación escolar básica y el 50% en el bachillerato; asimismo Calderón-Ramírez V, y colaboradores ⁽⁴¹⁾ encontraron que el 50% de los casos tuvieron un nivel de escolaridad secundaria.

Datos un tanto más aislados encontraron Bazán-López JL, y colaboradores; ⁽⁴⁰⁾ y Puma Apaza AM. ⁽⁴²⁾ Ellos describieron como principal grupo de escolaridad el de secundaria básica, sin embargo, fue con porcentajes de 71,3% para el primero y 88,4% para el segundo. Siendo estos valores bastante alejados de los mencionados en la presente investigación.

Tabla 6. Distribución de los pacientes según ocupación de los padres.

Ocupación de los padres	Grupo Caso n=76 (%)	Grupo Control n=76 (%)	p	OR (IC _{95%})
Ocupación de la madre				
Ama de casa	54 (71,2)	48 (63,2)	0,300	1,43 (0,72-2,82)
Técnico medio	5 (6,5)	12 (15,8)	0,072	0,37 (0,12-1,12)
Profesional	8 (10,5)	11 (14,5)	0,462	0,69 (0,26-1,83)
Cuentapropista	9 (11,8)	5 (6,5)	0,262	1,90 (0,60-5,98)
Ocupación del padre				
Técnico medio	9 (11,8)	13 (17,1)	0,356	0,65 (0,26-1,62)
Profesional	5 (6,6)	16 (21,1)	0,010*	0,26 (0,09-0,76)
Cuentapropista	62 (81,6)	47 (61,8)	0,007*	2,73 (1,30-5,73)

Prueba: ji-cuadrado de Pearson.

* significativo.

En la tabla 6 ningún padre se ocupaba como “Ama/o de Casa”. Se puede apreciar que no existieron diferencias significativas en cuanto a la ocupación de la madre, sin embargo, sí que existieron en cuanto a la ocupación del padre. Se observa como ser un padre “Profesional” se considera un factor protector (OR=0,26) y es significativo, de igual forma los adolescentes con padres cuentapropistas son entre 1,30 y 5,73 veces más propensos a intentar suicidarse.

Tabla 7. Distribución de los pacientes según método y motivo del intento suicida.

Método del intento suicidio	n=76(%)
Ingestión de tabletas	74(97,4)
Cortes en el cuerpo	2(2,6)
Motivo del intento suicida	
Problemas relacionados con el hogar	48(63,2)
Problemas relacionados con la pareja	28(36,8)

Prueba: ji-cuadrado de Pearson.

Ningún adolescente intentó el ahorcamiento.

En la tabla 7 se muestra como el 63,2% de los pacientes habían presentado intentos anteriores, el uso de tabletas para lograr el fin fue casi absoluto (97,4%) y la razón predominante fue por problemas relacionados con el hogar, con un 63,2%.

En este aspecto el autor del presente trabajo concuerda con diversos autores como Pérez Arteaga AM y colaboradores, ⁽²¹⁾ quienes declaran que en su investigación la ingestión de fármacos se confirmó en el 80,4% de los casos, mientras que las autoagresiones físicas con objetos punzantes en el 17,39% y la ingestión de sustancias tóxicas solo en el 2,17%. Guerrero-Martínez, LF ⁽⁴³⁾ también informa que el mecanismo mayormente utilizado fue la ingestión de tóxicos y medicamentos (92%); así como Puma Apaza AM quien reportó un 76,2%; ⁽⁴²⁾ Álvarez Caballero M, y colaboradores un 79,3%; ⁽³⁶⁾ y Muro García A, y colaboradores un 69%. ⁽³⁷⁾ Lo cual indica un consenso uniforme en cuanto al método preferido para el intento suicida en adolescentes, y da luz a la necesidad de mantener seguros los medicamentos y sustancias que puedan ser utilizadas con este fin.

Tabla 8. Distribución de los pacientes según factores individuales.

Factores individuales	Grupo Caso n=76 (%)	Grupo Control n=76 (%)	p	OR (IC_{95%})
Intento suicidio anteriores	48(63,2)	0(0,0)	< 0,001*	**
Tiene pareja	74 (97,4)	68 (89,4)	0,050	4,35 (0,89-21,22)
Tabaquismo	18 (27,3)	14 (18,4)	0,426	1,37 (0,62-3,01)
Ingiere bebidas alcohólicas	32 (42,1)	10 (13,2)	< 0,001*	4,80 (2,14-10,74)
Convive con ambos padres	35 (46,1)	47 (61,8)	0,051	0,52 (0,27-1,01)

Prueba: ji-cuadrado de Pearson.

* significativo.

** No se pudo calcular el OR porque la tabla contenía el valor "0" en una de sus frecuencias observadas.

Todos los pacientes incluidos en ambos grupos de la presente investigación se encontraban estudiando.

La tabla 8 muestra que de los factores individuales estudiados el más importante fue la ingestión de bebidas alcohólicas, con los datos recogidos durante el presente estudio se calculó que en los adolescentes que lo presentaron, el riesgo de intento suicida fue 4,8 veces mayor que en los que no, aunque el valor poblacional puede ubicarse entre 2,14 y 10,74 con una confiabilidad del 95%. Tener pareja y convivir con ambos padres fueron variables que resultaron ambiguas ($p = 0,050$ y $p = 0,051$ respectivamente), y aunque el intervalo de confianza de la razón de riesgos los ubica en no significativo, sería útil e interesante realizar un estudio con una muestra mucho mayor a la de la presente investigación, para determinar con mayor exactitud dicha relación estadística. Por último, el tabaquismo no resultó significativo, aunque hubo

un mayor porcentaje de fumadores en el grupo caso que en el control (27,3% vs 18,4%).

Los datos encontrados concuerdan con el estudio de Muro García A, y colaboradores ⁽³⁷⁾ en cuanto a la convivencia con ambos padres, ya que se vieron frecuencias relativas semejantes (38,3%). Sin embargo, Arrom Suhurt CM, y colaboradores ⁽³⁸⁾ describen una cifra algo mayor de convivencia con los padres con un 67,3%.

Pérez Arteaga AM y colaboradores realizaron una distinción en los factores que podrían relacionarse al intento suicida en los adolescentes que estudiaron. Describen en su estudio que la mayoría (82,6%) de ellos tenía pareja, dato que el autor concuerda ampliamente. Además, indican que el 56% de sus sujetos presentaron factores de riesgo individuales como: ruptura de parejas, antecedentes de intento suicida en los adolescentes, la depresión y características psicológicas como manipulación e impulsividad; el 73,9% factores de riesgo familiares, principalmente violencia parental, separación de familiares y la desatención familiar; y el 67,4% factores de riesgo comunitarios entre los que destacaron el escaso o nulo acceso a actividades deportivas, recreativas, culturales, alta incidencias de alcoholismo y comportamiento suicida aceptado. ⁽²¹⁾

En contraste con los resultados de la presente investigación se encontraron otras como la de Calderón-Ramírez V, y colaboradores, ⁽⁴¹⁾ en las que afirma que la mayoría de las personas que intentan suicidarse son solteros (58%); y Puma Apaza AM, ⁽⁴²⁾ quien encontró que el 96,3% de sus pacientes eran solteros y solo el 5,5% de ellos ingería alcohol.

Por su parte, Vázquez Mastache NJ, y colaboradores ⁽³⁹⁾ encontraron que el consumo de alcohol no fue significativo, mientras que el hábito de fumar sí lo fue, de hecho, calculó un riesgo 4,41 veces mayor de intento suicida en adolescentes fumadores que en no fumadores. Estos cálculos se contraponen a los hallazgos de la presente investigación, no obstante, Silva D y colaboradores ⁽²⁶⁾ describen resultados que se encuentran en un punto medio, indicando que tanto el tabaco como el alcohol fueron significativos en su estudio, y añadiendo a la ecuación el consumo de otras

drogas. Ellos calcularon un OR para el tabaquismo de 2,51, para el alcoholismo de 2,27 y para el consumo de otras drogas de 3,59. De manera similar Dávila-Cervantes CA y colaboradores ⁽³⁵⁾ calcularon razones de ventajas algo menores: 1,2 para el tabaco, 1,7 para el alcohol y 1,7 para otras drogas.

Puma Apaza AM ⁽⁴²⁾ y Muro García A, y colaboradores ⁽³⁷⁾ reportaron 16% y 18% de intentos anteriores respectivamente, cifras muy alejadas de las encontradas en la presente investigación (63,2%).

Tabla 9. Distribución de los pacientes según psicopatología.

Psicopatología	Grupo Caso n=76 (%)	Grupo Control n=76 (%)	p	OR (IC_{95%})
Depresión	64 (84,2)	0 (0,0)	< 0,001*	**
Trastorno de la personalidad	12 (15,8)	16 (21,1)	0,403	0,70 (0,30-1,60)

Prueba: ji-cuadrado de Pearson.

* significativo.

** No se pudo calcular el OR porque la tabla contenía el valor "0" en una de sus frecuencias observadas.

La tabla 9 evidencia como la depresión en el adolescente es un factor muy significativo para la realización del intento suicida, mientras que el trastorno de la personalidad no fue relevante.

La depresión se encontró como factor de riesgo importante de forma universal. En cuanto a este tema Dávila-Cervantes CA y colaboradores, describen 1,9 veces más riesgo en pacientes con baja autoestima y 3,6 veces mayor en pacientes con alguna enfermedad mental. ⁽³⁵⁾

González Sábado RI, y colaboradores ⁽²⁵⁾ calcularon una razón de ventajas de 16,2 para adolescentes deprimidos, semejante a Vázquez Mastache NJ, y colaboradores ⁽³⁹⁾ quienes reportan una de 18,45, y un poco superior a Bazán-López, JL, y

colaboradores ⁽⁴⁰⁾ que mencionan riesgo 6,91 veces mayor en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y 7,5 veces mayor en depresivos.

Otros autores reportaron valores porcentuales. Puma Apaza AM encontró depresión en el 37,8% de los casos, así como trastorno de personalidad en el 11% y trastorno adaptativo en el 50,6%. ⁽⁴²⁾ Álvarez Caballero M, y colaboradores mencionan trastornos de conducta y depresiones en el 17,2%; ⁽³⁶⁾ y Muro García A, y colaboradores la encontraron en el 24,3%. ⁽³⁷⁾

Tabla 10. Distribución de los pacientes según factores familiares y contextuales.

Factores familiares y contextuales	Grupo Caso n=76 (%)	Grupo Control n=76 (%)	p	OR (IC_{95%})
Padres con alteraciones psiquiátricas	6 (7,9)	0 (0,0)	0,037*	**
Consumo de alcohol	31 (40,8)	24 (31,6)	0,237	1,49 (0,76-2,90)
Separación de los padres	39 (51,3)	27 (35,5)	0,050	1,91 (0,99-3,66)
Dificultades para mostrar afecto	2 (2,6)	8 (10,5)	0,050	0,23 (0,04-1,12)
Pérdida de autoridad de los padres	58 (76,3)	56 (73,7)	0,708	1,15 (0,55-2,40)
Hacinamiento	16 (21,1)	12 (15,8)	0,403	1,42 (0,62-3,25)

Prueba: ji-cuadrado de Pearson.

* significativo. ji-cuadrado con corrección de Yates.

** No se pudo calcular el OR porque la tabla contenía el valor "0" en una de sus frecuencias observadas.

En la tabla 10 se muestra como la presencia de alteraciones psiquiátricas en los padres es un factor que influye significativamente en el intento suicida de los hijos ($p=0,037$), mientras que la separación de los padres es poco significativa por ser

límitrofe y debería estudiarse en investigaciones con una mayor muestra, al igual que ocurre con las dificultades para mostrar afecto. Por su parte el consumo del alcohol paterno no resultó significativo. Datos que concuerdan con los presentados por Muro García A, y colaboradores, cuando indica como el 54,3% de los adolescentes estudiados tenían padres separados. ⁽³⁷⁾

En el caso del manejo familiar, se observa como no fueron significativas ningunas de las tres variables estudiadas, sin embargo, sería útil realizar otra investigación con una muestra más numerosa para determinar el caso de las dificultades de afecto, cuya probabilidad fue de 0,05.

Dávila-Cervantes CA, y colaboradores, ⁽³⁵⁾ calcularon un aumento en el riesgo de suicidio de 1,5 veces en adolescentes que viven en una atmósfera familiar desfavorable y de 1,8 veces en aquellos que tienen una pobre comunicación con sus padres.

Vázquez Mastache NJ, y colaboradores, ⁽³⁹⁾ encontraron una relación familiar intermedia en el 68,1% con un OR de 3,85 y una comunicación familiar regular en el 72,3 % con un OR de 3,73.

Guerrero-Martínez LF, ⁽⁴³⁾ describe como principales factores las discusiones con familiares (32%), las relaciones afectivas fallidas (14%) y la convivencia diferente a sus padres (17%).

Bazán-López JL, y colaboradores ⁽⁴⁰⁾ encontraron un riesgo aumentado en 2,61 veces en adolescentes que les daban mucha importancia a hacer algo que avergonzara a su familia y un aumento de 2,89 veces cuando existen reglas y castigos del hogar injustos.

Puma Apaza AM, ⁽⁴²⁾ describe disfunción familiar en el 52,4% de los casos, mientras que, Álvarez Caballero M, y colaboradores lo hacen en el 72,4%. ⁽³⁶⁾ Y Muro García A, y colaboradores informan la presencia de hacinamiento en el 10,2%. ⁽³⁷⁾

CONCLUSIONES

Predominaron los pacientes del sexo femenino y del grupo etario de 15 a 17 años. Los adolescentes del municipio avileño presentan un riesgo dos veces mayor de intento suicida. Que el padre sea profesional se considera un factor protector, mientras que si se desempeña como cuentapropista el riesgo de intento suicida es casi tres veces superior.

La ingestión de tabletas es el método que casi la totalidad de los adolescentes emplearon para intentar suicidarse, mientras que los problemas en el hogar resultan el motivo que con mayor frecuencia los lleva a esta acción.

Los adolescentes que ingieren bebidas alcohólicas realizan intento suicida casi cinco veces más frecuentemente, de igual forma la depresión es significativamente mayor en los pacientes de dicho grupo etario que llegan este acto, así como la presencia de padres con alteraciones psiquiátricas.

RECOMENDACIONES

Recomendamos realizar un trabajo con los adolescentes con idea suicida con el objetivo de la realización del acto suicida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cubides H, Martín-Barbero J, Laverde M, Margulis M, Urresti M. Viviendo a toda: jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades. Bogotá: Siglos del Hombre [Internet]; 1998 [citado 6 Sep 2020]. Disponible en: https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjvOLmoubrAhVCwIkKHTOoDWUQFjAAegQIBBAB&url=https%3A%2F%2Fbooks.google.com%2Fbooks%2Fabout%2FViviendo_a_toda.html%3Fid%3DkaTk_0KoTxkC&usq=AOvVaw2YTPanqpZNSLLINIXgFG-a
2. Barcos Pina I, Álvarez Sintés R. Atención al adolescente. In: Medicina General Integral [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008 [citado 2 Sep 2020]; [247]. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj8wcHEen-brAhUS2VkkHeqUBqEQFjAAegQIBRAB&url=https%3A%2F%2Finstituciones.sld.cu%2Fcpicmmtz%2Ffiles%2F2015%2F09%2FTC-51.pdf&usq=AOvVaw0pvE6w5Z2BD8TkGUcAqsCm>
3. Argota Matos N, Álvarez Caballero M, Camilo Colás V, Sánchez Maso Y, Barceló Román M. Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes. Rev Med Electron [Internet]. 2015 [citado 2 Sep 2020];37(1):30-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000100004&lng=es
4. Bernardo Pacheco P, Paula Peralta L. La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. ARS MEDICA [Internet]. 2015 [citado 4 Sep 2020];40(1):47-55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v40i1.38>
5. Organización Mundial de la Salud. Día mundial para la prevención del suicidio. [Internet] 2014 [citado 1 Sep 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>

6. Cortes Alfaro A. Prevención de la conducta suicida en adolescentes. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; [Internet] 2019 [citado 4 Sep 2020]. Disponible en:
https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj9lqGnoubraAhWC2FkKHdNRDhkQFjAAegQIBRAB&url=http%3A%2F%2Fwww.sld.cu%2Fanuncio%2F2019%2F10%2F09%2Fprevencion-de-la-conducta-suicida-en-adolescentes&usq=AOvVaw3zp0NTQb_y4FbQS7vCzm7F
7. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. Datos y cifras. [Internet] 2019 [citado 1 Sep 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/suicide>
8. Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW, Schor NF, Behrman RE. Suicidio e intento suicidio. In: Nelson Tratado de Pediatría [Internet]. España: Elsevier. 20ed. 2016 [citado 8 Sep 2020]; [124-7]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491130154002823>
9. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2018. La Habana: Ecimed; [Internet] 2019 [citado 1 Sep 2020]. p. [aprox. 193p]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electrónico-Español-2018-ed-2019-compressed.pdf>
10. García García AL, Felipe Díaz K, Álvarez Felipe HB, Rodríguez Marín O, Delgado Quintero M, Rodríguez García S. Morbilidad y conductas de riesgo en adolescentes ingresados en el Hospital General de Ciego de Ávila. MediCiego [Internet]. 2018 [citado 6 Sep 2020];24(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/download/814/1218>
11. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes [Internet]. 2016 [citado 8 Sep 2020];3(1):9-18. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5288635.pdf>

12. Martínez Cárdenas A, González Sábado R, Izaguirre Remón R, Matos Osorio C, César Rodríguez M. Actitud de riesgo suicida y funcionamiento familiar en adolescentes con antecedentes de intento. Manzanillo. MULTIMED [Internet]. 2017 [citado 8 Sep 2020];16(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/585>
13. Naciones Unidas. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3). Santiago: Naciones Unidas; [Internet] 2018 [citado 1 Sep 2020]. p. [aprox. 93p]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
14. Amezquita M, González R, Zuluaga D. Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8º, 9º, 10º y 11º grado, en ocho colegios oficiales de Manizales. Hacia la promoción de la Salud [Internet]. 2008 [citado 2 Sep 2020];13:143-53. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13_9.pdf
15. Skapinakis P, Bellos S, Gkatsa T, Magklara K, Lewis G, Araya R, et al. The association between bullying and early stages of suicidal ideation in late adolescents in Greece. BMC Psychiatry [Internet]. 2014 [citado 5 Sep 2020];8(11):11-22. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-244X-11-22>
16. Ceballos Ospino GA, Suárez Colorado Y, Suescún Arregocés, Gamarra Vega LM, González KE, Sotelo Manjarres AP. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. Duazary. Revista Internacional de Ciencias de la Salud [Internet]. 2015 [citado 4 Sep 2020];12(1):15-22. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/download/1394/75>
17. Garduño Ambriz R, Gómez Hernández KY, Peña Reyes AJ. SUICIDIO EN ADOLESCENTES. Mexico: Asociación Mexicana de Tanatología; [Internet] 2011 [citado 6 Sep 2020]. Disponible en: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjEuaS4o-brAhUnvlkKHedpBIEQFjAAegQIBhAB&url=http%3A%2F%2Fwww.tanatologia->

amtac.com/%2Fdescargas%2Ftesinas%2F27%2520Suicidio%2520en%2520adolescentes.pdf&usg=AOvVaw1BD3uufd93T-vlAsZVGxMh

18. Medina Cano A. Factores psicosociales asociados a la conducta suicida en adolescentes. Av psicol [Internet]. 2017 [citado 7 Sep 2020];25(1):3-15. Disponible en: <http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2017/CECAR.pdf>
19. Sánchez Aguilar D, Domínguez Forte MC, Alfonso Hernández L, González Barceló I. Estrategias y estilos de afrontamiento en adolescentes con intento suicida. Revista de Ciencias Médicas de La Habana [Internet]. 2015 [citado 11 Sep 2020];21(3):10-9. Disponible en: http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/viewFile/866/pdf_77
20. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia. Guías de Práctica Clínica del SNS. Edición 07. [Internet] 2009 [citado 1 Sep 2020]. p. 214. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf
21. Pérez Arteaga AM, Carballea Barrera M, Valdés López LA, Valdés Cruz I. Intento suicida en la adolescencia: un abordaje desde la Atención Primaria Salud. Humanidades Médicas [Internet]. 2020 [citado 11 Sep 2020];20(1):66-87. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202020000100066
22. Córdova R. Suicidio en niños y adolescentes. Biomédica (Bogotá) [Internet]. 2016 [citado 4 Sep 2020];36(3):341-2. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/download/3614/3294>
23. Valdivia M, Silva D, Sanhueza F, Cova F, Melipillán R. Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. Rev Med Chile [Internet]. 2015 [citado 5 Sep 2020];143:320-28. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872015000300006&script=sci_arttext&tlng=en

24. Riverón Cruzata LJ, Velázquez Pérez RE, Borrero Celles O, Fonseca Rondón M. Factores de riesgo, síntomas y conducta ante adolescentes con intentos suicidas. 16 de Abril [Internet]. 2016 [citado 11 Sep 2020];55(262):18-26. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/download/426/pdf_116
25. González Sábado RI, Rodríguez Domínguez LA, González Iturbe F, Smith Hernández MS, Lastres Fonseca L. Problemas de autoestima y depresión: posibles factores de riesgo para la ocurrencia de un intento de suicidio. Multimed [Internet]. 2020 [citado 8 Sep 2020];24(Supl 1):181-93. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/download/1860/1891>
26. Silva D, Valdivia M, Vicente B, Arévalo E, Dapelo R, Soto C. Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica [Internet]. 2017 [citado 5 Sep 2020];22(1):33-42. Disponible en: <http://www.academia.edu/download/53338149/122942821.pdf>
27. Shafer D, Pfeffer CR, Gutstein J. Suicidios y tentativas de suicidio en la infancia y la adolescencia. Gelder M, López –Ibor JJ, Andreasen N: Tratado de Psiquiatría Tomo III. Barcelona: Ars Medica; 2003 [citado 5 Sep 2020]. p. 2163-72. Disponible en: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi04P6UpebrAhVL2FkKHWx5Dy8QFjADegQIAxAB&url=http%3A%2F%2Fdocplayer.es%2F74524822-La-conducta-suicida-en-adolescentes-sus-implicaciones-en-el-ambito-de-la-justicia-juvenil.html&usq=AOvVaw1Y7y9vv7XMnowUR3sR1Xrc>
28. Vargas HB, Saavedra JE. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2012 [citado 5 Sep 2020];75(1):19-28. Disponible en: <http://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/download/1539/1567>
29. Pfeffer CR. Suicidio, conducta suicida e ideación suicida. J M Wiener y M K Dulcan (ed): Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona:

Masson; 2006 [citado 11 Sep 2020]. p. 901-13. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3771873>

30. Rosselló J, Berríos HM. Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes Puertorriqueños/as. Revista Interamericana de Psicología [Internet]. 2014 [citado 11 Sep 2020];38(2):295-302. Disponible en: <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03831.pdf>

31. Casullo M. Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. Revista Anuario de investigaciones [Internet]. 2005 [citado 4 Sep 2020];12:173-82. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862005000100017&script=sci_arttex

32. Posada VJ, Rodríguez M, Duque P, Garzón A. Prevalencia y factores de riesgo de comportamientos relacionados con suicidio en el estudio nacional de salud mental, Colombia 2003. Revista NOVA [Internet]. 2013 [citado 11 Sep 2020];5(007):84-91. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=4115071>

33. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. Clin Psychol Rev [Internet]. 2004 [citado 6 Sep 2020];24(8):957-79. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.508.898&rep=rep1&type=pdf>

34. Asociación Médica Mundial. Unidad de Ética: Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet] 2004 [citado 1 Sep 2020]. Disponible en: <http://www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm>

35. Dávila-Cervantes CA, Luna-Contreras M. Intento de suicidio en adolescentes: factores asociados. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2019 [citado 6 Sep 2020];90(6):606-

16. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062019005001204&script=sci_arttext
36. Álvarez Caballero M, Camilo Colas V, Barceló Román M, Sánchez Maso Y, Fajardo Vals Y. Principales factores de riesgo relacionados con el intento suicida en un grupo de adolescentes. MEDISAN [Internet]. 2017 [citado 2 Sep 2020];21(2):157. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2017/mds172d.pdf>
37. Muro García A, González Muro A, Toledo Prado JL, Díaz Martínez N, Negrín Calvo Y. Intento suicida en niños y adolescentes. Aspectos epidemiológicos. Gaceta Médica Espirituana Univ Ciencias Médicas Sancti Spíritus [Internet]. 2014 [citado 8 Sep 2020];9(2). Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/viewFile/781/614>
38. Arrom Suhurt CM, Ruoti M, Arrom de Orrego MA, del Pilar Fresco M, Samudio M, Arrom Suhurt C. Adolescentes escolarizados con intento de suicidio: oportunidad de intervención en colegios públicos y privados. Revista Científica Estudios e Investigaciones de la Universidad iberoamericana [Internet]. 2017 [citado 2 Sep 2020];6:121-3. Disponible en: <http://revista.unibe.edu.py/index.php/rcei/article/download/81/52>
39. Vázquez Mastache NJ, De Haro Rodríguez MA. Factores predisponentes para ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes adscritos a un Hospital General de Zona de Irapuato, Guanajuato, México. Aten Fam [Internet]. 2018 [citado 5 Sep 2020];25(2):59-64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.2.63560>
40. Bazán-López JL, Olórtégui-Malaver VM, Vargas-Murga HB, Huayanay-Falconí L. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2016 [citado 4 Sep 2020];79(1):3-15. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972016000100002&script=sci_arttext&tlng=pt

41. Calderón-Ramírez V, Alcocer-Olaciregui A, Vargas-Moranth R. Intentos de suicidio por intoxicación con sustancias químicas en Colombia. 2007 - 2013. Revista Duazary [Internet]. 2017 [citado 4 Sep 2020];14(2):149-59. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.1963>
42. Puma Apaza AM. Frecuencias y características sociodemográficas del intento de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital III Goyeneche de Arequipa entre los años 2013 al 2017. Arequipa- Perú: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN AGUSTIN; [Internet] 2018 [citado 11 Sep 2020]. Disponible en: <http://bibliotecas.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5557/MDpuapam.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
43. Guerrero-Martínez LF. Descripción del intento de suicidio como constructo de violencia en la población pediátrica femenina. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2016 [citado 8 Sep 2020];34(3):306-15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12046949005>

ANEXOS**Anexo 1: Consentimiento informado**

Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes atendido en Ciego de Ávila.

El que suscribe: _____ : hago constar que por este medio doy mi consentimiento para mi inclusión en este estudio después de haber recibido una explicación detallada suministrada por el Dr(a). _____ sobre las características del estudio y su importancia diagnóstica en pacientes con riesgo suicida.

Y para que así conste y por mi libre voluntad firmo el presente documento:

Firma del tutor legal del paciente _____

Firma del testigo: _____

Dado en la Ciudad de Ciego de Ávila, ____ de _____ del _____

Anexo 2. Planilla de recolección de datos.

Nombre: _____ *código* _____

Edad: ___ años *Sexo:* M___ F___

Municipio: _____

Escolaridad: _____

Madre: Edad _____ *Escolaridad:* _____ *Ocupación:* _____

Padre: Edad _____ *Escolaridad:* _____ *Ocupación:* _____

Intento suicida anterior: ___sí ___no

Tiene pareja: ___sí ___no

Tabaquismo: ___sí ___no

Ingiere bebidas alcohólicas: ___sí ___no

Convive con ambos padres: ___sí ___no

Depresión: ___sí ___no

Trastorno de la personalidad: ___sí ___no

Padres con alteraciones psiquiátricas: ___sí ___no

Consumo de alcohol: ___sí ___no

Separación de los padres: ___sí ___no

Dificultades para mostrar afecto: ___sí ___no

Pérdida de autoridad de los padres: ___sí ___no

Hacinamiento: ___sí ___no