

POLICLÍNICO SUR

MORÓN

CIEGO DE ÁVILA

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO SUICIDA EN

ADOLESCENTES DEL ÁREA DE SUR, MUNICIPIO MORÓN,

CIEGO DE ÁVILA.

Autora: Dra. Yanet Cáceres Salina.

Tesis para optar por el título de especialista en 1er Grado en

Medicina General Integral.

Morón, Ciego de Ávila

2018

POLICLÍNICO SUR

MORÓN

CIEGO DE ÁVILA

Título: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO SUICIDA
EN ADOLESCENTES DEL ÁREA DE SUR, MUNICIPIO MORÓN, CIEGO
DE ÁVILA.

Autora: Dra. Yanet Cáceres Salina.

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina
General Integral.

Tutora: Dra. Lourdes del Carmen Gutiérrez Franco.

Especialista en Medicina General Integral.

Master en atención integral al niño.

Profesor asistente.

Asesora: Lic. En Psicología: Mailén Gonzales Morales.

Tesis para optar por el título de especialista de 1er Grado
en Medicina General Integral.

Morón, Ciego de Ávila

2018

RESUMEN

En la presente investigación se realizó un estudio observacional analítico longitudinal retrospectivo de casos y controles, para identificar los factores de riesgo asociados al intento suicida en adolescentes pertenecientes al área de Sur del municipio de Morón en Ciego de Ávila, durante el periodo comprendido de enero del 2017 a mayo del 2018. El universo de estudio fue conformado por 35 adolescentes. Se utilizó la técnica de Chi cuadrado, se aplicó una prueba de T de comparación de media. Predominó la edad adolescente tardía y la composición familiar ampliada sin diferencias significativas entre los grupos de estudio. En la mayoría de los hogares existía violencia física y el trastorno afectivo se encontró asociado al intento suicida. La gran mayoría de los participantes eran féminas y el nivel medio de adquisición económica familiar prevaleció sin encontrar relación estadística con la presencia del intento suicida. La ingestión de psicofármacos fue el modus operandi de la mayoría de los intentos suicidas. No se observó en la muestra de estudio adolescentes con presencia de trastorno psiquiátrico ni abuso sexual.

Palabras claves: Factores de riesgo, adolescentes, intento suicida.

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Introducción	1
▪ Objetivos	6
▪ Marco teórico	5
▪ Material y Método	20
▪ Análisis y discusión de los resultados	27
▪ Conclusiones	35
▪ Referencias bibliográficas	36
▪ Anexo I	41

INTRODUCCIÓN

La adolescencia, es la etapa entre la niñez y la adultez, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, que comprende desde los 12 hasta los 19 años. Se considera a la adolescencia una etapa complicada del desarrollo, pues además de los cambios anatomofisiológicos, surge una necesidad de independencia que conlleva en muchas ocasiones a contradecir las reglas y expectativas que los adultos establecen. El suicidio y el intento de realizarlo, 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 (1).

El intento suicida es definido por la Organización Mundial de la Salud (O M S), 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 (2).

Por otro lado, el suicidio tiene múltiples acepciones, pero se puede definir como: "todo comportamiento que busca y encuentra una solución para un problema existencial en el hecho de atentar contra la propia vida". El suicidio o el intento de suicidio se toma como camino cuando no se encuentra otra salida posible a lo que se está sintiendo o viviendo. El adolescente, con o sin problemas, utiliza como mecanismo la actuación. Como sabemos, el acto es una de las formas privilegiadas para expresarse, descargar, y el suicidio es un acto. El intento de suicidio en el adolescente traduce, la mayoría de las veces, la expresión de un deseo de cambio, de poner fin a una situación en la cual se encuentra, de dejar de sentir lo que se está sintiendo; se puede afirmar que es una forma de reacción ante el sentimiento de impotencia para cambiar una situación que se ha hecho insostenible (1,3).

El suicidio trae consigo nuevos significados que las personas le atribuyen a la muerte, ya que además de considerar la pérdida física, las personas cercanas al suicida deben asumir la voluntariedad del acto, pues el sujeto es quién ha tomado la decisión de ausentarse definitivamente. Ahora bien, el suicidio es por lo general el resultado final de una serie de eventos previos como la ideación y el intento suicida. La ideación suicida, hace referencia a las cogniciones que van desde pensamientos fugaces sobre el no querer una vida, pasando por fantasías autodestructivas y llegando a planes explícitos y meditados para matarse, en tanto el intento comprende conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia (3-6).

La conducta suicida es un problema de salud que viene afectando a la humanidad de manera importante en las últimas décadas, y tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre, independientemente de la geografía, cultura, etnia, religión, posición socioeconómica y otros. Su incremento en niños y adolescentes en la actualidad ha provocado un gran interés en los profesionales de la salud, maestros, padres y otros grupos sociales por estudiar las causas de estas conductas (4,5).

Sobre el tema se han realizado múltiples estudios que permiten visualizar el estado real de la situación y en este sentido es importante tener en cuenta las características más importantes que se ponen de manifiesto en la adolescencia. En primer lugar debemos situarnos en lo que pasa en esta etapa, pues es un período intenso de cambios a todo nivel: corporal, psíquico, afectivo, familiar y social. La infancia relativamente segura debe ser abandonada para ganarse un lugar en el mundo de los adultos; el adolescente quiere ser autónomo aunque aún dependa de los padres y de otros adultos. Hay un gran cambio en la percepción de sí mismo y de los demás, comenzando por los cambios corporales; los cambios de su cuerpo no le ofrecen una referencia segura, se siente desorganizado, torpe, fuerte, poco atractivo o muy atractivo. En el ámbito sexual, el adolescente debe definir su identidad, con el fin de poder establecer una relación con el otro. En el ámbito social, va y viene entre la infancia y la edad adulta, a veces se le exige comportarse como un adulto y en otras se le trata como a un niño. El

adolescente además está siendo mirado críticamente; el mundo adulto lo evalúa, lo juzga, lo critica y lo confronta permanentemente. Su maduración intelectual le permite filosofar y preguntarse sobre el sentido de la vida y su lugar en el mundo. En el ámbito psicológico, es impulsivo, hipersensible, susceptible, emotivo, impaciente, apasionado. Se puede afirmar que el adolescente está constantemente en desequilibrio y en estado de conflicto, lo que es normal debido a los múltiples e intensos cambios que está viviendo. Todos estos cambios generan un grado de angustia que varía de un adolescente a otro (7-9).

En estudios recientes se señala que el suicidio representa la tercera causa de muerte de adolescentes en el mundo. Algunas de las investigaciones en relación a la ideación suicida, establecen relaciones entre el suicidio y características psicológicas, sociales y demográficas. Sobre los factores de orden cultural y étnico, algunos estudios han analizado las diferencias entre la ideación suicida presentada en estudiantes de diferentes países. Por ejemplo, en un estudio realizado con jóvenes de Nuevo México y de Texas los resultados indican que los México-americanos reportan ideación suicida significativamente mayor que los euro-americanos, cuestión que se explica por el hecho de que los jóvenes mexicanos tienen mayores tasas de depresión e ideación suicida, ansiedad y mayor fatalismo. De manera particular, estudios realizados con población mexicana han identificado como población vulnerable a las mujeres, ya que muchas luego de haber tenido relaciones sexuales, han presentado ideas y/o intento de suicidio (7,8).

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 suicida en niños y adolescentes. Según la OMS la tasa de suicidio se ha incrementado un 60% en los últimos 45 años y actualmente se encuentra entre las principales causas de muerte en las personas de 15 a 44 años y de ambos sexos (6, 7,8). En Cuba, durante los años 2012 y 2013 el suicidio ocupó el decimoprimer lugar entre las 35 principales causas de muerte, con una tasa de 13,3 x 100 000 habitantes (4). En el año 2016 el número de intentos suicidas en la provincia de Ciego de Ávila aumentó considerablemente en

comparación con años anteriores, y en lo que transcurre del 2017 se ha ido incrementando, donde el área Sur del municipio de Morón es una de las más afectadas con 13 intentos suicidas, en lo que va de año.

Los datos provenientes de la epidemiología siempre son importantes y valiosos. Sin embargo, resulta fundamental hacer la salvedad de que existe un gran vacío en este aspecto, ya que sólo los suicidios consumados pueden ser conocidos como tales por los certificados médicos de deceso. En cuanto a los intentos de suicidio, existe un subregistro muy extenso, porque sólo se tiene acceso a los casos reportados en los hospitales como intentos de suicidio, o a los que por iniciativa propia acuden a consultas de psicología, psiquiatría, o otros profesionales de la salud buscando ayuda, pero debemos ser conscientes de que existen y se producen intentos de suicidio nunca diagnosticados como tales; en esto coinciden varios autores de todas las nacionalidades (6)

Según Medicina Legal, los métodos empleados en los suicidios consumados son los siguientes: el 44% por tóxicos, el 33% por armas de fuego, el 16% por ahorcamiento y el 7% restante por otras causas. En cuanto a los métodos utilizados por los adolescentes para sus intentos de suicidio, los diferentes estudios realizados coinciden en subrayar la ingesta de fármacos. En este punto es importante reflexionar sobre el hecho de que la mayoría de los adolescentes suicidas utilizan los medicamentos del botiquín de la casa, medicamentos consumidos con regularidad por los padres o bien aquellos que les han recetados a ellos para su angustia o depresión. En 1985 Davidson realizó un estudio en el cual encontró que de los medicamentos utilizados para los intentos de suicidio, el 33% eran barbitúricos, seguido por los tranquilizantes, 26 %, y analgésicos, 19%; otros métodos utilizados son la flebotomía, el ahorcamiento, hacerse atropellar por un carro, arrojarde de una ventana, las armas de fuego, etc. Es importante anotar además lo que se denomina «equivalentes suicidas», es decir, métodos empleados por el adolescente para suicidarse que pueden ser confundidos con accidentes, tales como: accidentes automovilísticos, sobredosis de drogas, riesgos diversos sin intencionalidad aparente (9,10).

Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidan están caracterizados por diferentes factores de riesgo para esta conducta, entre los que se citan:

provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional, exposición a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz, los que presentan psicopatologías incluyendo la depresión, el abuso de sustancias y tener una conducta disocial, la baja autoestima, la impulsividad, la desesperanza, los amores contrariados o los problemas socioeconómicos, la falta de comunicación con los padres, la desesperanza y el maltrato, entre otros aspectos, que limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de sus necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes los padecen (11).

En estudios realizados se ha demostrado que los factores de riesgos antes mencionados, han influido considerablemente en la conducta suicida en la etapa de la adolescencia, considerándose una problemática en las diferentes áreas de salud.

Problema: ¿Cuáles serían los factores de riesgo asociados al intento suicida en adolescentes pertenecientes al área de Sur del municipio de Morón en Ciego de Ávila?

O B J E T I V O S

O b j e t i v o g e n e r a l: Determinar los factores de riesgo asociados al intento suicida en adolescentes pertenecientes al área de Sur del municipio de Morón en Ciego de Ávila.

O b j e t i v o s e s p e c í f i c o s :

1. Describir los fundamentos teóricos del intento suicida en la adolescencia.
2. Caracterizar a los adolescentes con intento suicida teniendo en cuenta algunas variables socio-demográficas.
3. Describir el Modus operandi efectuado por los adolescentes con intento suicida.
4. Evaluar la posible relación los factores de riesgo identificados con intento suicida en la adolescencia.

Hipótesis: El diagnóstico correcto del intento suicida en el adolescente y el análisis de variables epidemiológicas y psicosociales que actúan en función del tiempo, pudiese determinar los factores de riesgo de este flagelo en este grupo etario, pertenecientes al área de Sur del municipio de Morón en Ciego de Ávila.

MARCO TEÓRICO

1. Conceptualización.

La palabra suicidio deriva del latín y se compone de dos términos: sui, de sí mismo, y caedere, matar. Por tanto: matarse a sí mismo. Las expresiones suicidio e intento de suicidio se refieren al deseo de buscar la muerte, que en el primer caso se consigue y en el segundo no (12).

Sin embargo, las cosas no son tan simples en la realidad. En ocasiones, existen intentos de suicidio en los que la muerte no se ha consumado por casualidad. En cambio, en otros casos la muerte ni se buscaba ni se pretendía remotamente (12).

En general, la conducta suicida tiene un carácter episódico aunque no deben olvidarse aquellos casos en los que la conducta suicida tiene un carácter recidivante. Un episodio de ideación o acción suicida puede ser agudo y breve, o bien puede durar varias horas o días. En general, ello dependerá de los factores psicopatológicos implicados. Así, por ejemplo, un episodio de tentativa suicida en un sujeto melancólico puede durar varios días ya que es la consecuencia de una ideación delirante de indignidad que persiste en el tiempo. En otros casos, como un trastorno adaptativo, la acción suicida tendrá una duración más breve ya que se trata de un acto fuertemente reactivo (12).

Ladame, psiquiatra y psicoanalista suizo, subraya que una de las cuestiones más importantes de la problemática del suicidio en la adolescencia son las reincidencias. En un estudio realizado en Francia en 1986, dos de cada tres niñas y uno de cada tres varones reincidían en su intento de suicidio. Además, es importante recordar que cada nuevo intento de suicidio es habitualmente de una gravedad médica mayor que la anterior. Una investigación realizada por Otto en 1972 encontró que de diez a quince años después de un primer intento de suicidio durante el período de la adolescencia, cerca del 10 % de la totalidad de la muestra de sexo masculino y el 3% de sexo femenino habían muerto por suicidio (12,13).

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 (14).

La relación entre la violencia intrafamiliar, el abuso sexual y el intento suicida, como indicadores de malestar emocional en la actualidad se encuentra en aumento y se constituyen en aspectos a resaltar en el estudio de los factores predominantes para la ideación y el acto suicida (13).

Sobre el tema los estudios muestran que las mujeres son víctimas de violencia intrafamiliar y abuso sexual con mayor frecuencia que los hombres (con una leve diferencia). En este sentido algunos autores destacan que en las mujeres se han reportado como efectos a largo plazo problemas como: trastorno por estrés postraumático, depresión, ideación e intento suicida, insensibilidad emocional, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, disfunciones sexuales, dependencia del alcohol o de las drogas, victimización sexual posterior y maltrato por parte de la pareja, y comportamiento autolesivo (12-15).

Según Medicina Legal, los métodos empleados en los suicidios consumados son los siguientes: el 44% por tóxicos, el 33% por armas de fuego, el 16% por ahorcamiento y el 7% restante por otras causas. En cuanto a los métodos utilizados por los adolescentes para sus intentos de suicidio, los diferentes estudios realizados coinciden en subrayar la ingesta de fármacos. En este punto es importante reflexionar sobre el hecho de que la mayoría de los adolescentes suicidas utilizan los medicamentos del botiquín de la casa, medicamentos consumidos con regularidad por los padres o bien aquellos que les han recetados a ellos para su angustia o depresión. En 1985 Davidson realizó un estudio en el cual encontró que de los medicamentos utilizados para los intentos de suicidio, el 33% eran barbitúricos, seguido por los tranquilizantes, 26%, y analgésicos, 19%; otros métodos utilizados son la flebotomía, el ahorcamiento, hacerse atropellar por un carro, arrojar de una

ventana, las armas de fuego, etc. Es importante anotar además lo que se denomina «equivalentes suicidas», es decir, métodos empleados por el adolescente para suicidarse que pueden ser confundidos con accidentes, tales como: accidentes automovilísticos, sobredosis de drogas, riesgos diversos sin intencionalidad aparente (12-15).

Es muy importante subrayar que en los últimos tiempos, por fortuna, se ha eliminado la idea de que un intento de suicidio es una forma de llamar la atención en un sentido peyorativo, una forma de manipulación, es decir, de chantaje, un capricho o un berrinche. Aunque no se puede negar que en muchos casos es un aspecto del síndrome del adolescente suicida, no es el motivo principal, que siempre es inconsciente y mucho más profundo. Un intento de suicidio siempre es una forma de llamar la atención, pero en otro sentido, es un grito desesperado de ayuda, un recurso a una acción potencialmente letal traducida por la ausencia absoluta de una solución diferente para el adolescente (16,17).

Además, desde hace mucho existe una confusión entre la gravedad psíquica y el acto suicida, es decir, el grado en el cual la vida es puesta en peligro, y la gravedad psicológica y psicopatológica del adolescente. Es importante que quede claro que no hay relación alguna entre el riesgo letal de un acto suicida y el grado de angustia, desamparo total y de dolor mental asociado al acto. No se debe olvidar que en el momento de la ruptura que constituye el intento de suicidio, en el cual tambalean las facultades de prueba normal de la realidad (esto se explicará más adelante), el adolescente se suicida con aquello que tiene a la mano, se trate de un producto anodino o del más temible de los tóxicos. Siempre hay que tener en cuenta que un adolescente que ha intentado suicidarse, sea con aspirinas o con «matasiete», es un adolescente que está sufriendo profundamente (16,17).

El adolescente no conoce todavía la muerte como una cosa absoluta e irreversible (estudio realizado por Maurer sobre la maduración del concepto de muerte). Su pensamiento es frecuentemente de aspecto concreto. En una situación de gran angustia o bien sobre el efecto de intoxicación por medicamentos se manifiesta una regresión hacia un estado mental más concreto. En un nivel más o menos consciente, el adolescente puede creerse

inmortal. Morir se confunde frecuentemente en su mente con el deseo de fuga, de partir, de salir de un impase, «dormir un largo tiempo», «no sentir más», «no crecer más», «cambiar de vida», «devolverse a antes». Rojas U. (2000, comunicación personal) plantea que en su experiencia la intención más frecuente del acto suicida en los adolescentes es la de reencontrar un paz perdida y la búsqueda de descansar del sufrimiento (16,17).

El adolescente con alto riesgo de suicidio puede presentar rasgos tales como: ser solitario, aislado, replegado sobre sí mismo, frecuenta pocos amigos y no tiene un confidente real. No confía en nadie y se siente automáticamente excluido y rechazado por el grupo de pares (18-20).

La presencia de enfermedades psiquiátricas como tales es más probable en los adolescentes que se suicidan. Se encuentran desórdenes afectivos mayores o esquizofrenia en al menos 30% de casos de suicidio. La gravedad de la enfermedad en estos casos es el factor determinante, más que la clase de enfermedad o su duración (18-20).

Es necesario no confundir la presencia de síntomas depresivos con la presencia de enfermedades psiquiátricas. Los adolescentes que intentan suicidarse reciben sobre todo los siguientes diagnósticos: patologías de personalidad, reacciones adaptativas, depresión neurótica. Algunas veces no se puede establecer ningún diagnóstico. Aunque no siempre, la sintomatología está ligada a una falla del proceso de desarrollo y a los factores situacionales más que a una enfermedad psiquiátrica (18-20).

2. Factores de riesgo suicida.

Muchos son los factores de riesgo suicida en los adolescentes. Desde el provenir de medios familiares desestructurados hasta la presencia de trastornos psicopatológicos como la depresión o el abuso de sustancias, sin olvidar la exposición a situaciones de riesgo suicida, como es el caso de haber tenido problemas con la justicia, todos ellos constituyen un campo heterogéneo que conviene revisar.

Estos factores pueden clasificarse en tres grandes grupos: a) individuales; b) familiares, c) sociales.

A) Individuales

Dentro de los factores individuales cabe destacar los siguientes:

- Antecedentes de haber realizado tentativas de suicidio anteriores. Algunos autores han señalado que aproximadamente un 25 % de los adolescentes que realizaron un intento de suicidio lo habían realizado con anterioridad. La tentativa de suicidio multiplica por treinta el nivel de riesgo (10). Por otro lado, se considera también que el nivel de riesgo es mayor cuanto más joven es el suicida (11)

- Patología psiquiátrica. Ya ha sido señalado que una proporción muy elevada de individuos suicidas presentan patología psiquiátrica. Esta circunstancia también se cumple en población adolescente. Los estados depresivos, los trastornos de ansiedad, el abuso de alcohol y de otras drogas, los trastornos de la personalidad y los trastornos psicóticos, son todos ellos estados psicopatológicos que comportan un riesgo de conductas suicidas. Sin embargo, los más relevantes son las depresiones, cuya existencia eleva el riesgo suicida hasta un 27% con respecto a la población general. La esquizofrenia, clásicamente citada como un factor de riesgo suicida en población adulta, no desempeña el mismo papel en población adolescente. Ello puede ser debido, entre otras razones, a que es precisamente en este período cuando suele iniciarse por lo que no se suelen dan las condiciones que favorecen el pasaje al acto suicida (por ejemplo, la toma de conciencia de las consecuencias sociales que tiene el trastorno. El sujeto se ve, de un día para otro, aislado de su entorno, ve que ha perdido su lugar en la red social)

- Factores biológicos. Es ya clásico citar cierto tipo 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. En consecuencia, no resulta sorprendente que también en el caso de los comportamientos suicidas se hayan documentado ciertas disfunciones en los neurotransmisores. 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, la patología más suicidógena, sin embargo, dicha hipótesis no ha podido ser verificada en población adolescente. Quizá más precisa podría ser la correlación entre la

desregulación de la serotonina y la respuesta impulsiva a un estrés (12). En este sentido, la correlación tendría más relación con el factor impulsividad que con el factor depresión.

B) Familiares

En el apartado de factores de riesgo inherentes a la familia se han citado los siguientes:

- Existencia de trastornos psicopatológicos en los padres. En 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.

- 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 (2-5).

- Maltrato y abuso sexual. Se ha constatado la existencia de correlación entre el maltrato en la infancia y la conducta suicida. Además, las conductas violentas en el seno familiar, tanto si el adolescente es testigo de ellos como si es víctima, también presentan una correlación positiva con los comportamientos suicidas.

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.

C) Factores sociales

En el apartado de los factores sociales resulta obligada la referencia a la obra de Durkeim, sociólogo francés que destacó el importante papel de los factores sociales en el desencadenamiento de conductas suicidas. Este autor resaltó

en su libro *El suicidio*, de 1897, que el suicidio era un fenómeno mucho más social que psicológico, ya que, según él, el hombre está desbordado por una realidad circundante que es la colectividad en la que está inmerso, quiéralo o no. En la monografía citada, el autor señala la conocida influencia que tuvieron las crisis económicas sobre el suicidio. Para ilustrarlo citó los casos de Viena, ciudad que entre los años 1873 y 1874 sufrió una crisis financiera cuyo correlato fue un incremento de los casos de suicidio del 41% (referido a los casos de suicidio registrados en 1874 y 1873). Sin embargo, el mismo autor añadió que dichos incrementos no se podían explicar simplemente por un empobrecimiento de la población ya que ciertos períodos de prosperidad podían también acompañarse de incrementos en las tasas de suicidios. Para poder explicarlos, Durkheim recurrió a la noción de anomia, concepto clave de la sociología que, sin embargo, ha sido usado con significados diferentes. Así, en *La división del trabajo social*, Durkheim concibe la anomia como una ruptura de la solidaridad. La anomia, en esta primera acepción, es expresión de una crisis de diferenciación, que es consecuencia de una división del trabajo coercitiva, que tiene una influencia disolvente en la sociedad. Por tanto, en esta primera acepción la anomia sería un vacío de las reglas. En cambio, en la segunda acepción, la que aparece en *El suicidio*, la anomia es concebida como el fracaso de la norma para regular los comportamientos individuales. En otras palabras, la anomia no sería el resultado de la ausencia de normas, sino el hecho de que éstas hayan perdido eficacia en la sociedad (13).

En este contexto social emerge un factor que ha ido cobrando importancia en los últimos años: el escolar. Las dificultades escolares, el llamado fracaso escolar y, sobre todo, las situaciones de acoso moral en el ámbito educativo, constituyen factores de riesgo de comportamientos suicidas. El caso Jokin, el adolescente de 14 años del pueblo de Hondarrabía, que se suicidó tras sufrir humillaciones y agresiones de sus compañeros, constituye una señal de alarma al tiempo que debe ser motivo de serias reflexiones sobre lo que ocurre en las aulas, reflejo muchas veces, de lo que ocurre en el medio familiar. Más aún, las aulas constituyen un marco complejo en el que las demandas y expectativas de los diversos actores implicados (adolescentes, padres y docentes) se

entrecruzan de manera no armoniosa dando lugar, en bastantes ocasiones, a desencuentros que pueden devenir en serios conflictos (16)

2.1. Problemas interpersonales en el contexto escolar y suicidio

La relación entre los problemas interpersonales en contexto escolares como el acoso y la violencia escolar, y el suicidio, ha sido ampliamente estudiada, ya que cada vez aumentan las cifras y estadísticas de la presencia de estos fenómenos. Al respecto, los resultados de los estudios evidencian la misma probabilidad de ideación suicida siendo víctima o victimario, así como el aumento de la ideación suicida en el género masculino. En esta línea, los estudios refieren que la presencia de desesperanza social presente en la dinámica de acoso escolar juega un papel fundamental que funciona como activador de la ideación suicida y síntomas depresivos. Así, los jóvenes socialmente más desesperanzados tienen mayor riesgo de manifestar pensamientos suicidas. Otro elemento importante es la alteración en el comportamiento de las personas involucradas desde las esferas biológicas, social, psicológicas y conductuales lo que hace insostenible la existencia tanto en los que intimidan como en los que son intimidados (18,19).

2.2. Variables psicológicas y suicidio.

Algunas variables predisponentes del suicidio según la literatura son de orden psicológico. En este sentido aparecen auto-conceptos y los síntomas depresivos como predictores de la ideación suicida. Así, el bajo autoconcepto y altos niveles de depresión explican la presencia de ideación suicida en los jóvenes. Sobre lo anterior es importante considerar que la depresión explica mejor la presencia de ideación suicida en mujeres a diferencia de los hombres, pues en ellos la dimensión social de autoconcepto es el factor determinante. Además de lo anterior, otras investigaciones refieren que los estados ansiosos, la baja autoestima y la comunicación deficiente son variables intervinientes en el fenómeno del suicidio (18-20).

2.3. Violencia intrafamiliar, abuso sexual y suicidio.

La relación entre la violencia intrafamiliar, el abuso sexual y el intento suicida, como indicadores de malestar emocional en la actualidad se encuentra en

aumento y se constituyen en aspectos a resaltar en el estudio de los factores predominantes para la ideación y el acto suicida.

Sobre el tema los estudios muestran que las mujeres son víctimas de violencia intrafamiliar y abuso sexual con mayor frecuencia que los hombres (con una leve diferencia). En este sentido algunos autores destacan que en las mujeres se han reportado como efectos a largo plazo problemas como: trastorno por estrés postraumático, depresión, ideación e intento suicida, insensibilidad emocional, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, disfunciones sexuales, dependencia del alcohol o de las drogas, victimización sexual posterior y maltrato por parte de la pareja, y comportamiento autolesivo (18-20).

En conclusión, la población joven expuesta a eventos traumáticos como ser víctimas de violencia intrafamiliar y/o abuso sexuales proclive a la ideación y al intento suicida, así como al suicidio consumado. Al parecer estas dos variables son predictores altamente frecuentes en las personas que se consideran suicidas (18-20).

2.4. Afrontamiento y suicidio.

La psicología se ha interesado por estudiar la dimensión del afrontamiento de las personas focalizándose en el problema y cómo involucran estrategias para intentar resolver, re-conceptualizar o minimizar los efectos de una situación. En este sentido, el afrontamiento emerge como un elemento fundamental pues la frecuencia de exposición a situaciones adversas, estresantes o traumáticas se muestra como desencadenante de suicidio (18-20).

Con relación al afrontamiento en jóvenes con ideación suicida, los datos muestran que estos utilizan estrategias de afrontamiento poco adaptativas, focalizadas en la emoción, que tienden a la autoculpabilización. En concordancia Heras, Amado, Bonilla y Gurrola, encontraron que las estrategias más utilizadas por esta población fueron, la religión, seguida de actividades distractoras, crecimiento personal, la aceptación y el abandono de esfuerzos. Coincidiendo en que estos adolescentes tienen tendencia a utilizar estrategias dirigidas a la emoción porque los procesos cognitivos se encuentran delegados a disminuir el grado de trastorno emocional y esos procesos cambian el significado de la situación estresante más sin modificarla (18-20).

En la misma dirección, se ha analizado la conducta autolesiva en mujeres como equiparable al acto suicida, identificando que la descarga emocional, es usada con frecuencia como método para afrontar los problemas. Las mujeres que se autolesionan presentan puntajes superiores en las estrategias de análisis lógico, evitación cognitiva, aceptación- resignación y en el total de respuestas de evitación, y resultados más bajos en la estrategia de resolución de problemas que las que no se autolesionan (18-20).

La ideación suicida consiste en pensamientos de matarse, planes sobre las circunstancias (dónde, cuándo, cómo) así como pensamientos sobre el posible impacto del propio suicidio en los demás. Se trata de un fenómeno frecuente en población adolescente cuya gravedad y significación requieren de un adecuado entrenamiento por parte del profesional (18-20).

3. Diagnostico. El proceso suicida.

G. Bouchard (2000) plantea que el proceso suicida es el período que comprende el momento en que se produce la crisis y el paso al acto, y aclara que en los adolescentes este proceso puede ser muy corto, inclusive de horas, y es más corto aun en los segundos intentos de suicidio. Bouchard divide este proceso en cinco momentos (21-23).

- El primer momento es la búsqueda de soluciones, que es una etapa normal en cualquier crisis. La persona hace una especie de inventario de las posibles soluciones a sus problemas juzgando la posibilidad de que se produzca un cambio y, por lo tanto, se disminuya el dolor. Algunas personas podrán tener varias soluciones e identificar estrategias para resolver la crisis; otras, por el contrario, no encontrarán soluciones que puedan responder a sus necesidades presentes. En este momento, la idea de suicidio no se toma como una posible solución.
- El segundo momento es la ideación suicida. En la búsqueda de soluciones, una imagen súbita, breve y pasajera de muerte aparece como una posible solución. Las soluciones que encuentra son ineficaces para reducir la intensidad de la crisis, y por lo tanto son rechazadas. La idea del suicidio comienza a aparecer más frecuentemente, muchas veces encubierta por la idea de que algo pasara para morir, como, por ejemplo, una enfermedad

grave o un accidente, pero cada vez más se piensa en el suicidio y se empieza a elaborar escenarios posibles.

- El tercer momento es la rumiación. La inconformidad es cada vez mayor y más difícil de soportar, el deseo de escapar a la angustia es cada vez más apremiante. La imposibilidad de resolver la crisis y el sentimiento de haber agotado todas las posibilidades provoca un aumento de la angustia. La idea del suicidio se vuelve constante y regular, lo que genera aún más angustia y aviva el sufrimiento y el dolor.
- El cuarto momento es la cristalización, en el cual la persona se encuentra totalmente desesperanzada. El suicidio es ya considerado como la solución a todos los sufrimientos. Es el momento en el que se elabora un plan preciso: el día, la hora, el medio, el lugar. El adolescente puede sentirse aliviado y dar signos de estar mejor, ya que el suicidio representa la solución definitiva, y él posee el medio para poner fin a su sufrimiento. Con frecuencia, en este momento el adolescente hace una ruptura emotiva de los que lo rodean y un sentimiento de aislamiento está presente. Sólo hará falta el evento que lleve el paso al acto.
- El último momento es el elemento desencadenante. Después de la etapa de cristalización, el paso al acto se vuelve inminente. Un evento desencadenante está ligado al acto suicida, sin importar muchas veces la intensidad o trascendencia manifiesta del evento, pero es un evento que para el adolescente se agrega a la serie de pérdidas significativas que ha sentido en su vida.

Lo importante de este proceso es tener en cuenta que se puede intervenir en cualquier momento; hay que recordar que la ambivalencia y el miedo de pasar al acto siempre van a estar presentes, inclusive hasta el último momento, y que una intervención adecuada puede interrumpir el proceso en cualquier momento (23).

3.1. Detección De Los Comportamientos Suicidas.

La gravedad de los comportamientos suicidas conlleva la necesidad ineludible del diagnóstico precoz. Además, como ha sido señalado en diversos estudios (17), del 7 al 15% de los suicidados suele haber consultado en el mes que

precedió al suicidio, y entre un 20 y un 25% lo había hecho en el año anterior. Sin embargo, la experiencia clínica del día a día indica que, a menudo, en las consultas previas no se suelen detectar los indicios de comportamientos suicidas. Además, ciertas ideas ampliamente circulantes entre ámbitos profesionales están impregnadas de prejuicios, uno de ellos, quizá el más relevante, es el que se refiere a la comunicabilidad. Según este prejuicio, el nivel de riesgo guarda una correlación con la comunicabilidad: Si el sujeto realiza una comunicación indirecta de la idea de suicidio el riesgo es mayor; por el contrario, si el paciente comunica su idea de suicidio de forma directa el riesgo es menor. Esto puede cumplirse en algunas ocasiones, así, por ejemplo, un joven que ha sufrido una crisis psicótica, que ha dejado como secuela un estado depresivo inherente a la toma de conciencia de lo que dicha crisis le ha acarreado, puede realizar un acto suicida sin que haya comunicado previamente su idea. Se trata de un acto suicida que sólo ha sido comunicado de una manera muy indirecta (18, 21,22).

Sin embargo, esta recomendación general tiene excepciones: un individuo puede comunicar de manera directa su intención suicida y llevarla a cabo como acto consumado. Es lo que ocurrió en un centro de justicia juvenil hace pocos años: un joven magrebí de 17 años comunicó de manera clara su intención de poner fin a su vida si se llevaba a cabo su repatriación. El acto suicida se consumó a los dos días. Debe advertirse que ante la generalización de las amenazas suicidas, el equipo profesional puede tender a interpretarlas en términos de "manipulación" y, en consecuencia, puede no tomar demasiado en serio los riesgos. Parece claro, no obstante, que es mejor pecar de prudencia aun corriendo el riesgo de ser objeto de manipulación (22).

Aunque los esquemas pueden pecar de simplicidad, los siguientes puntos pueden servir de orientación al profesional (24-28):

- La ideación, los intentos o planes suicidas.
- El acceso a medios para suicidarse
- La existencia de delirios de negación, de ruina o de indignidad
- La existencia de elementos alucinatorios de carácter imperativo
- El consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas.

- La historia de intentos de suicidio anteriores.

- La historia familiar de suicidios o de intentos de suicidio.

Todo ello se debe completar con una evaluación de las circunstancias particulares del sujeto así como de sus posibilidades y de su motivación para pedir ayuda.

En ocasiones, se dan comportamientos en forma de autolesiones como ingerir objetos metálicos o bien provocarse lesiones en los brazos y antebrazos con instrumentos cortantes. Si bien estos comportamientos no constituyen por sí mismos comportamientos suicidas no es menos cierto que deben ser valorados como graves y jamás pueden ser considerados banales. Debe advertirse que en bastantes casos, los individuos pueden llegar a ingerir objetos muy peligrosos que pueden causar importantes hemorragias internas (24-28).

4. Tratamiento.

Samy y Grizenko plantean que la intervención debe comenzar desde el primer contacto con el adolescente en la sala de urgencias. Para ellos es de suma importancia la entrevista inicial con el paciente y su familia, que en general se tiene en la sala de urgencias, ya que es un momento en el cual están más permeables para recibir ayuda. En la medida que sea posible, la persona que recibió al adolescente debe ser quien tome a cargo el caso, lo que permite una continuidad (29,30).

La pregunta de la hospitalización se impone en estos momentos: ¿debe el adolescente ser hospitalizado o no? Como es lógico, en primer término estará determinada por su situación médica; pero también es conveniente una hospitalización si el riesgo de suicidio continúa presente, si hace falta la colaboración de la familia, por la razón que sea (indiferencia o incapacidad), como medida de protección o como una indicación para poder iniciar el tratamiento. En general, aunque por supuesto depende de cada caso, las hospitalizaciones son cortas, y por lo tanto las intervenciones que se hacen en ese período son de suma importancia (29,30).

Una de las primeras cosas que se deben tomar en cuenta cuando se recibe un adolescente con un intento de suicidio es que en el período que sigue inmediatamente después de este hecho los adolescentes se sienten relajados y

calmados. El paso al acto, es decir, el acto que se realizó, ha sido precedido por un período de una gran tensión y de un enorme sufrimiento, y el intento suicida aporta un alivio temporal: la angustia se disipa, la depresión se difumina, las familias se encuentran atentas, cambian su actitud con respecto a sus hijos, les dan cosas que antes les habían negado y el adolescente dice sentirse bien y que todo se ha arreglado; pero esta calma es pasajera, porque el intento de suicidio en el fondo no ha solucionado nada, o bien esta calma puede continuar pero por medio de una negación masiva (desafortunadamente, a veces colectiva y en la cual entran en ocasiones los trabajadores de la salud) que a la larga tiene un costo muy alto (29,30).

La evaluación global tendrá como objetivo establecer el porqué de ese intento de suicidio, en ese adolescente y en ese momento preciso, es decir, la Intención, como ya lo vimos. Hará parte de ésta la entrevista con el adolescente, con la familia, cuando sea necesario, con sus amigos y con su medio escolar. La evaluación no busca solamente determinar las causas inmediatas del intento de suicidio, porque eso no es suficiente; se debe descubrir el significado personal y las razones e intenciones profundas de ese acto suicida. La evaluación debe implicar, entre otras: cuál es el comportamiento social del adolescente, cómo es su capacidad para aceptar las separaciones y los rechazos, cómo está su desarrollo cognoscitivo, si posee o no un pensamiento abstracto, cómo son sus relaciones afectivas, si pertenece a alguna religión, cuál es su grado de autonomía y de la cohesión de su identidad, lo que nos permite apreciar la psicopatología de la personalidad (la presencia de una psicopatología de personalidad debe ser cuidadosamente estudiada en esta fase de evaluación general). También es importante cómo es percibido por la familia el intento de suicidio, así como los modos de funcionamiento que reinan en el seno de ésta y la situación social (29,30).

La modalidad de tratamiento depende de los resultados de la evaluación global y, por supuesto, de los medios que se tengan. Cuando el caso lo amerite, es necesario un tratamiento psicofarmacológico, y éste debe ir siempre acompañado con recomendaciones a la familia cuando el paciente ya esté siendo tratado por consulta externa. La creación de una alianza terapéutica es necesaria en cualquier caso, así como la instauración de una psicoterapia

individual. Cuando el profesional de la salud que recibió al paciente en el servicio de urgencias no es la persona que va a seguir la psicoterapia, es recomendable que el paciente inicie su psicoterapia estando hospitalizado, lo que brinda la posibilidad de que se dé la alianza terapéutica. La psicoterapia individual tiene como primer objetivo romper el aislamiento del adolescente formando una buena alianza de trabajo, para que éste pueda reflexionar sobre sí mismo, sobre sus verdaderos deseos, buscar medios para restablecer su autoestima y disminuir su impotencia y su desesperanza (29,30).

Lo ideal sería que todo adolescente, además de su psicoterapia individual, accediera por lo menos a una psicoterapia familiar o a una psicoterapia de grupo, y si es posible, a las dos modalidades. La psicoterapia de familia es, en general, un proceso arduo y una empresa de larga duración, especialmente por las características de estas familias. J. Richman afirma que el objetivo de este tipo de intervención es instaurar y poner en marcha un proceso de curación que permita a los participantes aceptar ciertos cambios individuales y familiares y darles de nuevo una esperanza. Se debe recordar que un intento de suicidio de un adolescente es un período de crisis fuerte tanto para éste como para su familia (29,30).

La terapia de grupo es útil, ya que cuando el adolescente se encuentra con otros adolescentes que tienen la misma problemática se siente en general un poco menos aislado; encuentra un grupo de pares con los cuales es posible sentirse acompañado, aceptado y comprendido. La terapia de grupo desarrolla la autocrítica y da un mayor dominio de las dificultades; permite además una confrontación sana de los mecanismos de defensa y de la imagen social que el adolescente proyecta. Para poder realizar una terapia de grupo con adolescentes es imprescindible dos psicoterapeutas con entrenamiento en trabajo con adolescentes y un supervisor constante (29,30).

Como hemos visto, la problemática entre adolescencia y suicidio es bastante compleja; se puede decir que el riesgo suicida es indisociable de la experiencia adolescencial en nuestra sociedad contemporánea, y por lo tanto es necesario un estudio profundo de las particularidades propias del comportamiento, de la personalidad, del funcionamiento psíquico y mental del adolescente suicida.

M E T O D O L O G Í A

En la presente investigación se realizó un estudio observacional analítico longitudinal retrospectivo de casos y controles, para determinar los factores de riesgo asociados al intento suicida en adolescentes pertenecientes al área de Sur del municipio de Morón en Ciego de Ávila, durante el periodo comprendido de enero del 2017 a mayo del 2018. Para esto se tomó un control histórico a partir del año 2016 hasta la fecha, recopilado de la base de datos del departamento de bioestadística perteneciente al policlínico Sur del municipio de Morón.

Población de estudio y muestra.

El universo de estudio, estuvo constituido por 35 adolescentes de ambos sexos, que presentaron intento suicida, pertenecientes al área de salud de referencia durante el periodo de estudio antes señalado. Se trabajó con la totalidad del universo por cumplir con los criterios de inclusión del estudio y ninguno de exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 19 años de edad, que presenten intento suicida y sean atendidos por el grupo interdisciplinario de salud mental del área de salud en estudio.

Criterios de exclusión:

1. Adolescentes con suicidio consumado.
2. Sujetos con hechos de sangre.
3. Historias clínicas incompletas.

Este esquema analítico se inicia a partir de un grupo, denominado "casos", constituido por un grupo de sujetos caracterizados por presentar el desenlace, enfermedad o variable dependiente que se desea estudiar. Se entiende que el carácter probatorio de esta condición debe ser de la máxima rigurosidad, utilizándose para tales efectos, diferentes métodos diagnósticos, que pueden ir desde mediciones de cierta simplicidad (peso, talla, presión arterial), hasta sofisticados exámenes o pruebas diagnósticas.

Entre estos sujetos "casos" el investigador explora el antecedente de presencia (o exposición) en el pasado a una o más variables relacionadas con la variable dependiente en estudio.

Este diseño busca determinar la frecuencia de exposición a la(s) variable(s) independientes(s) entre individuos afectados, la que se comparará con similar frecuencia entre un grupo de individuos libres de la presencia de enfermedad, grupo que denominaremos "controles".

Los pacientes escogidos para el estudio serán denominados "casos", estos serán pareados con los sujetos "control" uno por cada caso (relación 1:1), pareados por las variables sexo y edad con un rango de ± 2 años a partir del caso que se para y perteneciente al área de salud en cuestión.

Definición de casos: Adolescentes con diagnosticados de intento suicida registrado dispensarialmente en estadísticas del área del salud.

Definición de control: Adolescente que no presente antecedente psiquiátrico y que no haya sido identificado como potencial suicida y que pertenezca a la población del área de salud en estudio.

En correspondencia al problema de investigación que se pretende generalizar, se estructuró la presente investigación desde una perspectiva cuantitativa. Se procesaron estadísticamente los datos obtenidos buscando la asociación entre factores de riesgo y el intento suicida en el adolescente. Por último se procedió al análisis de los resultados dando salida a los objetivos a través de las conclusiones.

Métodos de obtención de información:

Como fuente de información primaria se utilizó la consulta de documentos oficiales (historia clínica y/o base de datos) se tomó información adicional a partir de las referencias directas de los reeducadores del grupo de salud mental del centro de referencia. Se confeccionó una ficha de vaciamiento para la recolección de las variables de interés (ver anexo I).

Se realizó revisión de documentos oficiales como la historia clínica familiar del paciente, que permitió recoger las variables de interés y controlar los sesgos del estudio.

Definición operacional de las variables.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	De 12 a 19 años.	Según años cumplidos.	Número y por ciento según grupos de edades según pertenencia.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico.	Número y por ciento según grupos de edades según pertenencia.
Constitución de la familia	Cualitativa nominal dicotómica	Nuclear. Ampliada. Extendida.	Según la composición de miembros de la familia presentes en el hogar.	Número y por ciento según grupos de edades según pertenencia.
Figura patriarcal (paterna)	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según funcionalidad de la familia y presencia de la figura paterna en el seno familiar.	Número y por ciento según grupos de edades según pertenencia.
Presencia de trastorno afectivo	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según si el adolescente presenta diagnóstico previo de trastorno afectivo o esquizofrenia.	Número y por ciento según grupos de edades según pertenencia.
Nivel de adquisición económica familiar	Cualitativa ordinal	Bajo Medio Alto	Según nivel de adquisición económica de la familia en general Bajo: 200 cup Medio: 300 cup Alto: 500 cup	Número y por ciento según grupos de edades según pertenencia.
Violencia física en el hogar.	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Esta manifestación incluye cachetadas, empujones, patadas, golpes de puño, heridas con armas u otros objetos.	Número y por ciento según grupos de edades según pertenencia.
Modus operandi.	Cualitativa nominal politémica	Ingestión de psicofármacos. Laceraciones en las muñecas.	Según el modo en que efectuó el acto de intento suicida.	Número y por ciento según grupos de edades según pertenencia.

		Ahorcamiento incompleto.		
--	--	-----------------------------	--	--

Plan de análisis de los resultados:

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de las variables sociodemográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar

Para describir la relación factores de riesgo del intento suicida se realizó una tabla de contingencia de todos los factores de riesgo que inciden o no en la aparición de la patología estudiada. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 15.0, para determinar si es significativa cada variable con un nivel de significación $\leq 0,05$. Se utilizó la técnica de independencia basada en la distribución de Chi cuadrado para determinar la presencia de asociación estadística entre variables cualitativas, además se aplicó una prueba de T de comparación de media para muestras independientes que determina si existen diferencias significativas entre medias entre ambos grupos.

Procedimientos éticos.

Para la realización de este estudio se tuvo en cuenta los principios éticos que rigen las investigaciones biomédicas (Declaración de Helsinki) y que se aplican en nuestro país (Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia). El protocolo de investigación fue presentado, revisado y aprobado por el Comité Ético del policlínico Centro de Ciego de Ávila.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Participantes según intento suicida y edad. Ciego de Ávila. 2018.

Intento suicida	N	Edad			
		Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Caso	35	17,1	1,2	15	18
Control	35	16,7	1,4	14	19
Total	70	16,9	1,3	14	19

Prueba T para la igualdad de medias $p = 0,784$

La tabla 1 muestra la distribución de participantes según medidas de tendencia central y de dispersión de las edades e intento suicida.

Se pudo observar una distribución homogénea entre los que presentaron intento suicida y los que no, con 35 participantes en cada caso.

La media de edades de la serie fue de 16,9 años, las edades se alejaron de la media en 1,3 años y los valores mínimo y máximo fueron de 14 y 19 años respectivamente. La media de edades de los participantes con intento suicida resultó ligeramente mayor con 17,1 años en comparación con la media de edades de los que no tuvieron dicho intento con 16,7 años.

En un estudio realizado en España con escolares de 8 a 12 años, se puso de manifiesto que tanto la ideación como la intencionalidad suicida están asociadas a una mayor sintomatología depresiva. Por otro lado la mayor incidencia de intento suicida en la adolescencia se observa entre los 15 y 19 años con más del 60% de representación en este grupo de riesgo (30).

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 (31-35).

Tabla 2. Pacientes con intento suicida según modo operandi. Ciego de Ávila. 2018.

Modus operandi	No.	%
Ingerir psicofármacos	26	74,3
Laceraciones en las muñecas	7	20,0
Ahorcamiento incompleto	2	5,7
Total	35	100,0

La tabla 5 muestra la distribución de los pacientes según el modus operandi utilizado para el intento suicida.

Se pudo observar que la ingestión de psicofármacos resultó el modus operandi más utilizado estando presente en 26 de ellos para un 74,3% del total, mientras que las variantes de laceraciones en las muñecas y ahorcamiento incompleto se reportaron solo en 7 y 2 pacientes respectivamente para un 20,0% y 5,7% por ese orden.

En relación al método suicida empleado, coincidió con lo que señalan algunos autores que el método más utilizado, es la sobredosis medicamentosa alcanzando porcentajes en este grupo de riesgo de 60,3 %, y el sitio en que más se efectúa el intento de suicidio lo constituye el propio hogar con 87,7% (36-38).

Tabla 3. Participantes según intento suicida y composición familiar. Ciego de Ávila. 2018.

Composición de la familia	Grupo de estudio				Total	
	Caso		Control			
	No .	%	No .	%	No .	%
Nuclear	6	17,1	13	37,1	19	27,1
Ampliada	17	48,6	14	40,0	31	44,3
Extendida	12	34,3	8	22,9	20	28,6
Total	35	100,0	35	100,0	70	100,0

Chi-cuadrado de Pearson $p = 0,080$

La tabla 3 muestra la distribución de participantes según la ocurrencia de intento suicida y composición familiar.

Se pudo observar que predominó la familia ampliada con 31 participantes que representaron el 44,3% del total, de los cuales 17 pertenecieron al grupo con intento suicida para el 48,6% del mismo mientras 14 pertenecían al grupo sin intento suicida del que representaron el 40,0%. Las diferencias porcentuales observadas no resultaron significativas.

Vivir apartado de los dos padres se ha asociado con incremento de la prevalencia del fenómeno suicida. 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. Se ha descrito en la literatura que el factor de riesgo asociado al intento de suicidio más elevado es el antecedente familiar de etilismo, familia disfuncional y convivencia conflictiva, en donde algunos estudios, lo ubican en un segundo sitio como factor de riesgo para suicidios consumados (31-35).

Tabla 4. Participantes según intento suicida y figura paterna y violencia física. Ciego de Ávila. 2018.

Factores de riesgo	Grupo de estudio				Total		p *
	Caso		Control				
	No .	%	No .	%	No .	%	
Figura patriarcal	11	31,4	17	48,6	28	40,0	0,222
Violencia física en el hogar	26	74,3	19	54,3	45	64,3	0,134
Trastorno afectivo	16	45,7	7	20,0	23	32,9	0,041

*Chi-cuadrado de Pearson

La tabla 4 muestra la distribución de participantes según la ocurrencia de intento suicida y la presencia de factores de riesgo.

Se pudo observar que 28 de los participantes presentaron presencia de figura paterna, los que representaron el 40,0% del total, 11 de ellos en el grupo con intento suicida del que representaron el 31,4%.

La violencia física estuvo presente en 45 de los participantes para el 64,3% del total, 26 de ellos en el grupo con intento suicida del que representaron el 74,3% y 19 en el grupo de controles para el 54,3% de este último.

El trastorno afectivo se observó en 23 de los participantes para un 32,9% del total, 16 de ellos en el grupo con intento suicida del que representaron el 45,7% y solo 7 en el grupo sin intento suicida para un 20,0% de este último.

Solo en el caso del trastorno afectivo, se encontraron diferencias significativas entre sus distribuciones porcentuales por lo que este último factor de riesgo se encontró asociado a la presencia del intento suicida.

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. También la orientación sexual se ha asociado a ideación y conducta suicida, pero no existe evidencia científica al respecto, fundamentalmente por la intervención de otras variables (39,40).

Los acontecimientos vitales estresantes, a menudo preceden a un suicidio y/o intento suicidio. Es poco frecuente que sean causa suficiente en el suicidio, de modo que su importancia radica en que actuarían como precipitante en jóvenes con vulnerabilidad por su condición psiquiátrica. Los trastornos del humor o del estado de ánimo son reportados en la literatura médica como un factor relevante asociado al acto suicida, frecuentemente ocupando el primer lugar, en el presente estudio dicha variable tuvo representación estadística (35).

Tabla 5. Participantes según intento suicida y sexo y economía familiar. Ciego de Ávila. 2018.

Sexo y economía familiar		Grupo de estudio				Total		p*
		Caso		Control				
		No.	%	No.	%	No.	%	
Sexo	Masculino	6	17,1	12	34,3	18	25,7	0,171
	Femenino	29	82,9	23	65,7	52	74,3	
Nivel de adquisición económica familiar	Bajo	8	22,9	11	31,4	19	27,1	0,590
	Medio	27	77,1	24	68,6	51	72,9	

*Chi-cuadrado de Pearson

La tabla 5 muestra la distribución de participantes según la ocurrencia de intento suicida y el sexo de pertenencia, así como el nivel de adquisición económica familiar.

Se pudo observar que 52 de los participantes pertenecían el sexo femenino para un 74,3% del total, mientras que solo 18 (25,7%) eran masculinos, con mayoría del grupo con intento suicida en el que 29 eran féminas para el 82,9% por las 23 del grupo control en el que representaron el 65,7%.

El nivel de adquisición económica familiar medio predominó con 51 participantes que representaron el 72,9% del total, con distribuciones muy semejantes entre los grupos de estudio. En el grupo con intento suicida predominó también el nivel de adquisición económica familiar medio con 27 pacientes para un 77,1% de este grupo.

Las diferencias observadas en los análisis porcentuales de ambos grupos no resultaron significativas para ninguna de las variables de la tabla.

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 (31-35).

En un estudio similar realizado en México por García-Rábago y colaboradores (41), este refiere que, de los 106 pacientes incluidos, 32 (30,2 %) eran varones, con un promedio de $45,1 \pm 11,7$ años, con una mayor incidencia hacia los 18 años de edad. De ellos 74 (69,8 %) eran mujeres con edades más tempranas de incidencia, con un promedio de $30,2 \pm 11,9$. De los siete factores de riesgo asociados a intento de suicidio, que mostraron los porcentajes más elevados, en ninguno de ellos se encontró diferencia significativa.

Se ha encontrado una asociación entre bajo estatus socioeconómico y bajo nivel educativo intrafamiliar con conducta suicida en la adolescencia. Además 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 (42,43).

CONCLUSIONES

Predominó la edad adolescente tardía y la composición familiar ampliada sin diferencias significativas entre los grupos de estudio. En la mayoría de los hogares existía violencia física y el trastorno afectivo se encontró asociado al intento suicida. La gran mayoría de los participantes eran féminas y el nivel medio de adquisición económica familiar prevaleció sin encontrar relación estadística con la presencia del intento suicida. La ingestión de psicofármacos fue el modus operandi de la mayoría de los intentos suicidas. No se observó en la muestra de estudio adolescentes con presencia de trastorno psiquiátrico ni abuso sexual.

BIBLIOGRAFÍA

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. 2012.
2. Organización Mundial de la Salud. Día mundial para la prevención del suicidio 2014. Recuperado en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html> (Consultado en abril de 2017).
3. Rodríguez, S. Experiencia de la línea amiga 106, frente a las ideas autolíticas de los menores de edad en el departamento de Boyacá. Típica: Boletín Electrónico de Salud Escolar, 8 (1), 49-55. 2012.
4. Casullo, M. Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. Revista Anuario de investigaciones, 12, 2015. Recuperado en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862005000100017&script=sci_arttex. (Consultado en abril de 2017).
5. Posada, V. J., 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, 5 (007), 84-91. 2013. Recuperado en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=4115071>. (Consultado en junio de 2017).
6. Buendía, J., Riquelme, A., & Ruiz, A. El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida. Murcia: Universidad de Murcia. 2014.
7. Calderón, L., Espinosa, O., Gasca, M., Rodríguez, M., & Barbosa, C. Percepción del suicidio en niños que atraviesan la niñez intermedia. (Tesis doctoral). Filosofía, Universidad Javeriana. Bogotá, 2012.
8. Amezquita, M., González, R., & Zuluaga, D. (2008). 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, 13, 143-153. Recuperado en http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13_9.pdf. (Consultado en enero de 2017).

9. Skapinakis, P., Bellos, S., Gkatsa, T., Magklara, K., Lewis, G., Araya, R., Stylianidis S., & Mavreas, V. The association between bullying and early stages of suicidal ideation in late adolescents in Greece. *BMC Psychiatry*, 8 (11), 11-22, 2012.
10. Valdivia, M., Ebner, D., Fierro, V., Gajardo, C., & Miranda, R. Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica: una revisión de cuatro años. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatría*, 39 (3), 221-218, 2012.
11. Rosselló, J., & Berríos, H. M. Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes Puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*, 38 (2), 295-302, 2014. Recuperado en <http://www.psycorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03831.pd>. (Consultado en abril de 2017).
12. Rojas E: Estudios sobre el suicidio. Barcelona, Salvat, 1978; 440-479. 4. Tubert S: La muerte y lo imaginario en la adolescencia. Madrid, Saltés, 2012; 11-26 5.
13. Pfeffer C R: Suicidio, conducta suicida e ideación suicida. En: J M Wiener y M K Dulcan (ed.): Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona, Masson, 2016; 901-913.
14. Shafer D, Pfeffer C R; Gutstein, J.: Suicidios y tentativas de suicidio en la infancia y la adolescencia. En: Gelder M, López -Ibor J.J., Andreasen N.: Tratado de Psiquiatría. Tomo III, Barcelona, Ars Medica, 2013; 21632172. 7.
15. Pfeffer C.R.: Suicidio, conducta suicida e ideación suicida. En: J. M. Wiener y M K. Dulcan (ed.): Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona, Masson, 2016; 904-905.
16. De la Torre, M. I., Cubillas, R. M., Rosario, R. R., & Valdez, E. A. Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Revista Salud Mental*, 32 (06) 2012. Recuperado en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018533252009000600007&script=sci_arttex. (Consultado en mayo de 2017).

17. Marttunen MJ, Aro H, Henriksson M, Lonnqvist JK. Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II in suicides among 13 to 19 years old Finland. Arch Gen Psychiatry 1991; 48: 834-9.
18. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry 1999; 156: 181-9.
19. Moya J: Padres, adolescentes y docentes. Los avatares de un encuentro difícil aunque no imposible. Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente. N° 3, 2014: 13-19.
20. Byram T, Gelenberg A, Merriam A, Wang P: Guía clínica para el tratamiento del trastorno depresivo mayor. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. 2014; 667-69.
21. Marcelli D, Humeau M: Suicidio y tentativa de suicidio en el adolescente. EMC. Psiquiatría. N° 128 (E-37-216-H-10), 2017; 1-12. 2.
22. Mannoni O: La crisis de la adolescencia. Barcelona, Gedisa, 1986; 1730.
23. Rojas E: Estudios sobre el suicidio. Barcelona, Salvat, 1978; 440-479.
24. Tubert S: La muerte y lo imaginario en la adolescencia. Madrid, Saltés, 1982; 11-26
25. Pfeffer CR: Suicidio, conducta suicida e ideación suicida. En: JM Wiener y MK Dulcan (ed.): Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona, Masson, 2016; 901-913.
26. Shafer D, Pfeffer CR; Gutstein, J.: Suicidios y tentativas de suicidio en la infancia y la adolescencia. En: Gelder M, López-Ibor J.J., Andreasen N.: Tratado de Psiquiatría. Tomo III, Barcelona, Ars Medica, 2003; 21632172.
27. Pfeffer C.R.: Suicidio, conducta suicida e ideación suicida. En: J. M. Wiener y M K. Dulcan (ed.): Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona, Masson, 2016; 904-905.
28. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry 1999; 156: 181-9.
29. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleienman M, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry 1996; 53:339-48.

30. Byram T, Gelenberg A, Merriam A, Wang P: Guía clínica para el tratamiento del trastorno depresivo mayor. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. 2003; 667-69.
31. Council of Europe. Parliamentary Assembly. Child and teenage suicide in Europe: A serious public- health issue (Internet). Strasbourg: Parliamentary Assembly, Council of Europe; 2008. Informe N°11547. URL disponible en: <http://www.assembly.coe.int/ASP/Doc/XrefViewHTML.asp?FileID=11917&Language=EN> (Fecha de acceso: enero del 2017).
32. Xing XY, Tao FB, Hao JH, et al. Family factors associated with suicide attempts among chinese adolescent students: a nacional cross-sectional survey. Journal of Adolescent Health 2015; 46: 592-599.
33. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Substancias. Atención de niños y adolescentes con trastornos mentales. Ginebra: OMS; 2003.
34. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. Clin Psychol Rev. 2014; 24(8): 957-79.
35. Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies suicide life threat. Behav. 2015; 35(3): 239-50.
36. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. British J Psych. 1997 Mar; 170:205-28.
37. Oquendo MA, Bongiovi-García ME, Galfalvy H, Goldberg PH, et al. Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: A prospective study. Am J. Psychiatry. 2017; 134-41.
38. Oquendo MA, Kamali M, Ellis SP, Grunebaum MF, Malone KM. Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study: Am J Psych. 2014; 159: 1746-1751
39. Pfeffer C R: Suicidio, conducta suicida e ideación suicida. En: J M Wiener y M K Dulcan (ed.): Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona, Masson, 2006; 901-913.

40. Vaida J. Steinbeck K. Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2015. Vol 34, Issue 3, p437, 9p.
41. García-Rábago H y colaboradores. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. Centro Comunitario de Salud Mental Instituto Mexicano del Seguro Social. Zapopan, Jalisco. Rev. salud pública. 12 (5): 713-721, 2017.
42. Waldvogel J, Rueter M, Oberg Ch. Adolescent Suicide: Risk Factors and Prevention Strategies. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2014; 38: 110-125.
43. Mullen D, Hendren R. El niño o adolescente suicida. En: Parmelee D, David R. Psiquiatría del niño y el adolescente. 1998. p. 229-240.

Anexo I.

Planilla de recogida de datos

Fecha: _____

Datos Generales:

Nombre: _____

Edad: _____

Dirección Particular: _____

Municipio: _____ **Provincia:** _____

Casos: _____ **Controles:** _____

Factores de riesgo:	Variables sociodemográficas:
Figura patriarcal (paterna): _____ Si _____ No	Sexo: _____ Masculino _____ Femenino
Presencia de trastorno afectivo: _____ Si _____ No	Constitución de la familia: _____ Nuclear. _____ Ampliada. _____ Extendida.
Nivel de adquisición económica familiar: _____ Bajo _____ Medio _____ Alto	
Nivel escolar del padre o tutor: _____ Primario. _____ Secundario. _____ Preuniversitario. _____ Técnico medio. _____ Universitario.	
Violencia física en el hogar: _____ Si _____ No	
Modus operandi: _____ Ingestión de psicofármacos. _____ Laceraciones en las muñecas. _____ Ahorcamiento incompleto. _____ Laceraciones por quemaduras	