

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA  
“DR. JOSÉ ASSEF YARA”

**Estrategia de Intervención Psicoeducativa Preventiva para potenciar el conocimiento sobre los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia, en adolescentes y familias del Consejo Popular de Florencia.**

**AUTORA:** Dra. Geisel Cepero Luna.

2012

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA  
“DR. JOSÉ ASSEF YARA”

**Estrategia de Intervención Psicoeducativa Preventiva para potenciar el conocimiento sobre los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia, en adolescentes y familias del Consejo Popular de Florencia.**

Tesis en opción al título de Especialista en 1er grado de Medicina General Integral.

**AUTORA:** Dra. Geisel Cepero Luna, Policlínica General Integral Docente “Dr. Mario Hernández Pedraza”

**TUTOR:** Dr. Réimer Cepero Pérez, Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínica General Integral Docente  
“Dr. Mario Hernández Pedraza.”

**ASESORA:** MSc. Lic. Yuliem Fernández De Posada. Profesora Asistente.  
Filial de Ciencias Médicas de Morón.

**RESUMEN.**

Se realizó un cuasi experimento de antes y después con la población adolescente afectada por intento suicida, y sus representantes legales, todos residentes permanentes del área de salud del Consejo Popular Florencia. Se utilizaron métodos del nivel teórico, empírico y matemático – estadístico, con sus respectivas técnicas e instrumentos, todas aplicadas a partir del consentimiento informado. El diagnóstico inicial efectuado arrojó limitaciones en el conocimiento sobre los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia lo que condujo al diseño y aplicación de una Estrategia de Intervención Psicoeducativa Preventiva que potenciara el conocimiento sobre dichos factores en adolescente con intentos suicidas, así como en el de sus familias, para la disminución de estos comportamientos autodañinos en la localidad en estudio. Luego de su implementación se logró potenciar el conocimiento en el 93% de la muestra escogida y con ello la disminución de los factores del intento suicida en la adolescencia.

<b>ÍNDICE</b>	<b>PÁGS.</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>1 - 4</b>
<b>Marco Teórico.....</b>	<b>5 - 14</b>
<b>Diseño Metodológico.....</b>	<b>15 - 30</b>
<b>Resultados y Discusión.....</b>	<b>31 -41</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>42</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>43</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>44 - 50</b>
<b>Anexos</b>	

## INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, el suicidio constituye un importante problema de salud y se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte en todas las edades pero alerta sobre todo en la población joven. A escala mundial sus tasas aumentaron 60 % en los últimos 45 años y, en 90 % de los casos, está asociado con la depresión y el abuso de sustancias, cometiendo suicidio cada año un millón de personas. <sup>(1)</sup>

Durante la adolescencia, etapa de desarrollo por la que atraviesa todo individuo, se presentan en los jóvenes cambios difíciles que les producen ansiedad y depresión hasta llegar, en muchas ocasiones, a una tentativa de suicidio. Este intento plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis de la adolescencia. La manipulación de la idea de la muerte en el joven suele ser frecuente, pero debe hacerse la diferencia entre el adolescente que piensa en el suicidio como una llamada de auxilio, como una manera de comunicar su descontento a los demás, el que ve el suicidio como una idea romántica y aquel que realmente lo lleva a cabo. <sup>(1)</sup>

El suicidio de los adolescentes es un tema que suele callarse y evadirse pues impacta y cuestiona el sistema familiar y social en que se vive; sin embargo, es importante conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto y cómo puede prevenirse. <sup>(2)</sup>

Existen diversas teorías acerca de la conducta suicida. El factor biológico, señala un debilitamiento de las funciones cerebrocorticales elevadas, demostrándose una disminución de serotonina en sangre, así como de 5 HIAA (aminoácido 5 hidroxindolacético) sobre todo en el LCR, con lo cual los antidepresivos del organismo están muy bajos. El factor sociocultural, apunta al medio donde se desarrolla el individuo, sus costumbres, creencias, valores, su educación e integridad. El factor psicológico, se refiere a las fallas de los mecanismos adaptativos del sujeto a las contingencias del medio. Y la teoría multifactorial, esta

incluye a las anteriores, pero además tiene en cuenta la constitución genética hereditaria que hace proclive al individuo hacia el suicidio.<sup>(3)</sup>

Es obvio que el intento suicida es un problema de salud serio, razón por la cual resulta importante que el médico de familia enfatice en la atención integral desde edades tempranas y que tenga siempre presente los factores de riesgo que puedan conducir a los adolescentes al intento suicida, y a partir de ahí llevar a cabo la intervención y aplicación con estricto cumplimiento del Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida que se establece en Cuba.<sup>(3)</sup>

La cuestión relacionada con la identificación y afrontamiento de los factores de riesgo de intento suicida en la adolescencia constituye una problemática vigente en el mundo y Cuba no queda exenta de ella. Pese a los esfuerzos de forma preventiva y asistencial que se llevan a cabo en el país dada la incidencia de este problema de salud, particularmente la provincia Ciego de Ávila se comporta con una media de 31 casos en los últimos 3 años, y específicamente el Consejo Popular de Florencia en los últimos cinco años presentó una media de 13 casos con intento suicida.

A partir del análisis de este comportamiento, la experiencia práctica como Médico General Integral y el diagnóstico efectuado a adolescentes con intento suicida del consejo Popular de Florencia, se pudo comprobar que las principales causas que conducen a esta problemática están verticalizadas en tres líneas fundamentalmente:

- En los conflictos de las relaciones familiares y de parejas en los adolescentes.
- En las limitaciones en el conocimiento de adolescentes y familias sobre factores de riesgo que propician una conducta suicida en general en la etapa de la adolescencia.
- En la deficiente aplicación del Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida que se establece en Cuba, por parte de los profesionales de salud de esta localidad en estudio.

De acuerdo con lo antes expuesto se precisó como problema científico: ¿Cómo potenciar el conocimiento de adolescentes y familias sobre factores de riesgo del

intento suicida en la adolescencia para la disminución de éstos en el Consejo Popular de Florencia?

El objeto de la investigación es la conducta suicida.

Y el campo es el intento suicida en la adolescencia.

**Objetivo general:**

Aplicar una estrategia de intervención psicoeducativa preventiva que contribuya a la potenciación del conocimiento de adolescentes y familias sobre los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia para la disminución de éstos en el Consejo Popular de Florencia.

**Objetivos específicos:**

1. Fundamentar los sustentos teóricos sobre los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia y el conocimiento de éstos en adolescente y familias del Consejo Popular de Florencia.
2. Diagnosticar los principales factores de riesgo del intento suicida en adolescentes del Consejo Popular de Florencia, así como el conocimiento de ellos y sus familias relacionados con el tema.
3. Diseñar una estrategia de intervención psicoeducativa preventiva que potencie los conocimientos de adolescentes y familias sobre los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia para la disminución de éstos en el Consejo Popular de Florencia.
4. Aplicar una estrategia de intervención psicoeducativa preventiva que potencie los conocimientos de adolescentes y familias sobre los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia para la disminución de éstos en el Consejo Popular de Florencia.
5. Evaluar la efectividad de la estrategia de intervención psicoeducativa preventiva.

**HIPÓTESIS**

Si se aplica una estrategia de intervención psicoeducativa con un enfoque preventivo que potencie el conocimiento de adolescentes y familias sobre los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia entonces se disminuirá la incidencia de dichos factores en el Consejo Popular de Florencia.

Lo novedoso del trabajo consiste en una estrategia de intervención psicoeducativa preventiva sustentada en un sistema de actividades que potencie el conocimiento integral de adolescentes y familias sobre las causas que inciden y prevalecen en la conducta suicida en la etapa de la adolescencia, a partir del análisis de la ideación suicida, el intento suicida y la consumación de la autoagresión letal, con un enfoque multifactorial e interdisciplinario, dirigida a una población eminentemente rural de montaña sobre lo cual no existen antecedentes de estudios con esta especificidad.

Se realizó un cuasi experimento de tipo antes y después con la población adolescente afectada, y sus representantes legales, residentes permanentes del área de salud, que fueron reportados por el Departamento de Estadísticas municipal de Florencia con factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia, en esta localidad. Los métodos utilizados fueron del nivel teórico, empírico y estadístico, así como técnicas que se implementaron al inicio y final de la investigación.

## MARCO TEÓRICO

El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre, y varían sus características de acuerdo con la cultura y la estructura socio-económica existente. Como fenómeno individual se ha conocido en todas las sociedades. <sup>(1)</sup>

Encontrándose datos sobre él, desde las civilizaciones más antiguas durante la edad media, observándose una caída en su incidencia con posterioridad. De nuevo reaparece el suicidio, impetuosamente en el siglo XVIII hasta la actualidad, fenómeno que ha ocupado la atención de filósofos, médicos, sociólogos, psicólogos y educadores, entre otros. <sup>(2)</sup>

En la Europa Antigua, sobre todo durante el Imperio Romano, el Suicidio se consentía e incluso era considerado un acto honroso. Los antiguos romanos, bajo la influencia del estoicismo, admitían muchas razones legítimas para su práctica.

Sin embargo, para San Agustín, el suicidio era un pecado. Varios de los primeros concilios de la Iglesia cristiana decretaron que aquellos que cometieran suicidio no se les podrían aplicar los rituales ordinarios de la Iglesia tras su muerte. En la Edad Media, la Iglesia Católica Romana condenó expresamente esta práctica y actualmente, el suicidio, está condenado en las religiones cristiana, judía e islámica. <sup>(4)</sup>

Etimológicamente la palabra suicidio procede de: sui "sí mismo" y cidium "matar". Esta problemática ha sido estudiada desde diversas perspectivas y disciplinas, entre ellas; Historia, Filosofía, Ética, y la Teología, o desde el enfoque de la Psiquiatría, el Psicoanálisis, la Antropología y la Sociología; también desde la perspectiva económica, geográfica, jurídica o política se ha intentado explicar esta conducta. <sup>(4)(5)</sup>

Entre los elementos que se analizan en torno a ella son los factores de riesgo, que no es más que un conjunto de circunstancias epidemiológicas desencadenantes de morbilidad y/o mortalidad, presentes en los pacientes, y que inciden en las causas de un futuro intento suicida relacionados con lo

socioeconómico, psicosocial, apoyo familiar y modo de vida. Por otra parte la ideación suicida, son las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos o tentativas suicidas), y los suicidios consumados o completados. <sup>(6)</sup>

El intento suicida y el suicidio son las 2 formas más representativas de la conducta suicida, aunque representan un recorrido que va desde la idea suicida hasta el suicidio <sup>(7)</sup>. Definiéndose como Intento Suicidio (IS): a las conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte, no logrando la consumación de esta. <sup>(8)</sup>

Este dramático incremento se observa en Europa Occidental y en otros países como en el Japón donde 25 000 casos de muertes por suicidio ocurridos en 1986, 1 000 correspondieron a jóvenes menores de 20 años. En Japón y Dinamarca el suicidio es la principal causa de muerte entre los adolescentes. En Hungría la tasa es de 33 por 100 000 y en Grecia de 3 por 100 000. En Francia se producen el doble de muertes por suicidio que por accidente de tránsito y 3 veces más que por SIDA, con una tasa de 20.1 por 100 000. <sup>(9)</sup>

Estudios realizados en el 2003 señalan que en países como Escandinavia, Finlandia, Suiza, Alemania, Austria o Europa del Este, se señalan tasas de suicidio elevadas, por encima de 25/100.000 habitantes. <sup>(10)</sup> Un reporte del documento “Lo que la Guardia Civil esconde”, en España del 2006 señala una cifra media de 6,1 suicidios por cada 100.000 habitantes y dentro del cuerpo de la guardia civil el porcentaje se eleva hasta una tasa media de 49.8 suicidios por cada 100.000 habitantes. <sup>(11)</sup>

En España en el 2008, la tasa media de suicidios consumados se encuentra en torno al 5/100.000 habitantes y año, con una lenta tendencia al crecimiento en los últimos años. Las cifras de intentos no consumados serían 8-10 veces mayores. <sup>(12)</sup>

En estudios más recientes señalan que en España se quitan la vida nueve personas al día, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), El número total de suicidios en 2008 supera por primera vez los muertos por accidente de tráfico. La OMS estima que en 2020 se producirán hasta un millón y medio de suicidios anuales. <sup>(13)</sup>

En el continente Africano existen países como Egipto donde se evidenciaron las menores frecuencias: 0,1 por 100.000 habitantes. <sup>(14)</sup> Mientras que los análisis seculares apoyan la hipótesis de que existe un verdadero incremento de este fenómeno desde 1950 a la fecha entre los adolescentes y adultos jóvenes de la población europea y norteamericana. <sup>(16)(16)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica las tasas de suicidio de una comunidad en función del número de suicidios por cien mil habitantes por año. En el 2000, se publicó que la tasa de suicidios mundial fue de 16 por cada 100 000 habitantes. <sup>(17)</sup>

En el 2002, reportaron cifras de 500 000 muertes cada año, con un estimado de 1110 suicidios cada día, produciéndose a la vez, entre 10 y 20 intentos por cada uno. <sup>(18)</sup> Según un reporte de esta organización en el 2004, se estimó que en el mundo casi 1 millón de personas muere por suicidio. En el 2005 los suicidios representaban el 1,8% de las muertes en el año. En el 2009 la OMS calcularon que el suicidio representaría el 1,5% de los fallecimientos en todo el mundo, con especial prevalencia en los países menos desarrollados y estimaban que para el año 2020 se incrementaría hasta el 2,4%. <sup>(18)(19)</sup>

El suicidio constituye, actualmente, una causa de defunción frecuente y como tal plantea un problema en la salud pública, pues según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada día se suicidan, al menos, 1 000 personas. <sup>(20)</sup> Las tasas de suicidio en adolescentes entre 15 y 19 años se han cuadruplicado desde 1957 a 1987 en USA. <sup>(21)</sup>

En Jamaica se evidenciaron las menores frecuencias: 0,1 por 100.000 habitantes. <sup>(22)</sup> Estudios más recientes señalan que actualmente las estadísticas reflejan que es alta la incidencia de conducta suicida en el continente suramericano y el área del Caribe. <sup>(23)</sup>

Las tasas de suicidio más altas por la región geográficas de las Américas son América del Norte (12,2), Caribe Inglés (10,3) y Cono Sur (6,8); no obstante en América del Norte las tasas disminuyeron.

De los 24 países que informaron a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 5 tienen tasas de suicidio iguales o mayores al 20 % de sus defunciones

por causas externas: Surinam con 31, Trinidad y Tobago con 29, Cuba con 27, Canadá con 26 y Estados Unidos con 20. Otros 7 países (Argentina, Barbados, Costa Rica, Chile, El Salvador, Puerto Rico y Uruguay) presentan valores entre el 10 y el 20 %.<sup>9</sup>

Al considerar la situación de cada país, las tasas elevadas de mortalidad se encuentran en países como Guyana, Trinidad y Tobago, Uruguay, Cuba y Canadá. Este aspecto precisa análisis y estudios psicosociales profundos, pues estos países son de los que presentan en general los mejores indicadores de salud de todo el continente.<sup>(24)</sup>

La población mexicana de entre 15 y 24 años de edad es hoy día de las más afectadas, con 28% de todos los suicidios en 2007. La prevalencia del plan suicida fue de 1.22% y el 0.79% de la muestra, reportó que intentó suicidarse en los últimos 12 meses. Esto representa que en el 2008, en la República Mexicana 6 601 210 mexicanos tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 918 363 mexicanos planearon suicidarse, un total de 593 600 personas intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio.<sup>(25)</sup>

En Cuba, en la década de 1850 se manifestó la tasa de suicidio más alta del mundo: 340 por millón de habitantes. Hasta el triunfo de la Revolución no se estudia este fenómeno como un hecho especial y se tratan los suicidios como "sucesos" en la prensa roja.<sup>(26)</sup>

En la década de los 60, la tasa fue de 15,4 x 100000 habitantes y en los años 70 esta comienza a ascender hasta 19. A partir de 1980 la tasa bruta se mantiene por encima de 20, hasta 1982 en que se produce la tasa más alta de los últimos años: 23,2 por 100.000 habitantes representando las muertes por suicidio el 4% de las defunciones acaecidas ese año.<sup>(27)</sup>

En Cuba el suicidio se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte<sup>(28)</sup>. El cual ha ido aumentando durante las últimas décadas llegando a ocupar en los últimos años el sexto lugar entre las causas de muertes con una tasa de 22,0 por 100,000 habitantes en 1984. A partir de ese momento ha tenido etapas de

incremento (1987), en otras ha descendido o se comporta de manera estacionaria.<sup>(29)</sup>

Desde 1989 existe en el país un Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida con la finalidad de reducir su tasa a 18 por cada 100 000 habitantes.<sup>(29)</sup>

La tasa de mortalidad por suicidio en Cuba se incrementó en los años 80 con niveles superiores a 20 x 100 000 habitantes hasta los primeros años de la década de los 90, por lo que este comportamiento se convirtió en la 8va causa de muerte de los cubanos. A partir de 1996 se produce una reducción de la tasa de mortalidad, pero siguió siendo superior en el sexo masculino, más aún en los últimos 4 años, en que se han producido importantes reducciones en las tasas de las mujeres; las más importantes han sido en las edades de 15 a 24 años en un 15 % y de 25 a 34 años en un 34 %. Esta causa de muerte es la única, de las principales del país, donde los masculinos doblan a las mujeres.<sup>(30)</sup>

En Cuba la conducta suicida según datos de la Dirección Nacional de Estadísticas, se planteó que en el 1998, la media nacional de la tasa de suicidio estaba en 19 x 100 000 habitantes, siendo la tasa nacional para los ancianos de 47,9 x 100 000 habitantes.<sup>(31)</sup>

En 1999 en Cuba el suicidio se ubicaba en la sexta causa de muerte, con una tasa de 18,3 x 100 000 habitantes, y afectaba principalmente a la población comprendida entre 15 y 44 años y se notifican 6 intentos por cada fallecido por suicidio, cifra inferior a la esperada por los especialistas. . En el 2000 la tasa de suicidio en este país bajó a 13,6 por 100 000 habitantes.<sup>(32)</sup>

En las diferentes provincias del país existen diferencias en cuanto a las incidencias por IS, encontrándose los más altos resultados registrados en municipios de Bayamo, Buey Arriba y Guisa. Bayamo en el año 1994 tuvo una tasa de 26,6 y la de 1995 fue de 23,4 ambas por encima de la media nacional.<sup>(9)</sup>

En un estudio epidemiológico del suicidio, realizado en el 1997 en la provincia de Camagüey, concluyen que constituye un grupo de riesgo para los hombres y dentro de él hay 3.2 veces más riesgo que para las mujeres.<sup>(33)</sup> Estos resultados coinciden con lo referenciado en otras literaturas.

La provincia Granma se ha destacado por sus elevadas cifras de suicidio en los últimos años y su incremento entre jóvenes y adolescentes, encontrándose tasas de 13,4; 26,6 y 23,6 en el trienio estudiado y ocupando el quinto lugar entre las causas de muerte, y el tercer lugar por años de vida pérdidas. <sup>(34)</sup>

En el municipio Sancti Spíritus, la ideación suicida ha tenido un comportamiento irregular con una tendencia ligeramente descendente en los intentos y ascendente en los suicidios a expensas del sexo masculino. <sup>(35)</sup>

En Cuba, el sistema de salud ha alcanzado un desarrollo que ha permitido un salto cualitativo en una atención cada vez más integral a los problemas que afectan el estado de salud del hombre y su familia. A consideración de la autora a partir del estudio realizado los progresos actuales en la atención primaria han hecho posible la creación de un Programa Nacional de Prevención y Seguimiento de la Conducta Suicida. La incidencia de la conducta suicida ha tenido en los últimos años una tendencia a disminuir, aunque continúa siendo un problema, ya que ocupa la cuarta causa de mortalidad general y la segunda en las edades entre 15 y 49 años. <sup>(36)</sup>

Valora además que el intento suicida como medio de comunicación, es donde el joven no desea morir pero, quiere comunicar algo por medio del suicidio y, así, cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean. También plantea puede ser un intento por atraer el interés de los demás o un medio para expresar sus sentimientos de enojo. Asevera que en la gran mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente y que, generalmente, éste exterioriza llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse en forma verbal, por medio de amenazas o de fantasías; o no verbal, en donde surgen desde verdaderos intentos de autodestrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos y menos directos. Estas llamadas de auxilio se dirigen frecuentemente a personas específicas con el objetivo de manipular, controlar o expresar algún mensaje a dichas personas, y con ello se espera provocar una respuesta particular. El joven

intenta producir acciones o sentimientos particulares en las personas que lo rodean o pretende avergonzar o despertar sentimientos de culpa en ellos. <sup>(37)(38)</sup>

A partir de este comentario repara en la importancia que tiene para un país conocer la posición estadística que tiene con relación a la conducta suicida en general atendiendo a la ideación, intento y consumación del hecho. Pero difiere de las investigaciones y literaturas consultadas pues en ellas se expresan índices de comportamiento y posibles causas pero es deficiente o nula la intención de estudios que atenúen dicha conducta en la población, con énfasis en los adolescentes, por ser una etapa que motivados por la energía liberada durante la pubertad, la necesidad psicológica de independencia y las expectativas sociales de alcanzar el éxito, se encuentran sometidos a una enorme presión, mientras se abren paso en el nuevo mundo, donde aun está en proceso de formación el desarrollo de su personalidad y necesitan de conocimientos sólidos para la toma de decisiones en determinadas situaciones que para ellos consideran de conflictos. <sup>(39)</sup>

Numerosos países han mostrado, durante las últimas tres décadas, un significativo aumento de la frecuencia de suicidio en los jóvenes de ambos sexos, específicamente en el tramo de 15 a 24 años. Las tasas de los jóvenes se han ido en aumento hasta tal punto que ahora son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en países desarrollados como en los países en desarrollo. <sup>(1)</sup>

Los adolescentes acompañados tienen menos probabilidades de intentar o de llevar a cabo un suicidio que los separados, que viven solos o con sus padres. <sup>(15)(40)</sup> Es decir, la tasa es más alta en individuos solteros que en individuos casados.

Los intentos de suicidio son particularmente frecuentes entre las adolescentes solteras y entre los solteros alrededor de los 24 años. Las tentativas son relativamente frecuentes entre los 10 y los 14 años (29%), y alcanzan su máxima frecuencia entre los 15 y 19 (67%).

De este modo, su frecuencia parece aumentar durante la pubertad, y se incrementa progresivamente en los años adolescentes. <sup>(1)</sup>La adolescencia como tal, engloba varios factores potenciales de intentos suicidas, en contraposición, los

más envejecidos lo intentan menos y lo consuman más. Pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años. <sup>(1)</sup>.

La preferencia sexual, sobre todo, cuando es homosexual, constituye un factor de riesgo para el suicidio, precisamente el auto rechazo y el rechazo social de este tipo de preferencia sexual. Un 30% del total de suicidio en varones es por esta causa. <sup>(41)</sup>

El bajo nivel escolar y no poseer vínculo laboral son situaciones que tienen una estrecha relación causal con la ocurrencia del IS. <sup>(42)</sup> Estos hallazgos coinciden con los presentados por otros autores.

De acuerdo al nivel escolar, los más propensos a realizarse un IS son aquellos adolescentes que bruscamente disminuyan su rendimiento, o tengan problemas de conducta, o falten reiteradamente a clase <sup>(43)</sup>

Al estudiar los factores de riesgo por grado escolar se observa que la baja autoestima se mantiene a través de los grados escolares como factor de riesgo. A medida que el púber va creciendo va tomando relevancia su inserción en el grupo de pares y la sociedad, para lo cual es importante, en primera instancia, su integración en el colegio y su sentido de pertenencia. Para lograr el objetivo puede recurrir al consumo de alcohol y drogas o conductas de riesgo en relación a la sexualidad, así como atentar contra su propia vida. <sup>(44)</sup>

Las personas con trastornos de la personalidad se encuentran en riesgo de suicidarse, especialmente las inmaduras, con poca tolerancia a la frustración y que reaccionan al estrés de modo impetuoso con violencia y agresión. Como la personalidad de Borderline, que se caracteriza por disminución del coeficiente intelectual, depresión y abuso de drogas o alcohol. <sup>(45)</sup>

Los sujetos que han realizado un intento de suicidio tienen un riesgo de consumación que es cien veces mayor al de la población general, durante el año siguiente al evento. Antes de 24 meses repetirá la tentativa alrededor del 30 por ciento, y eventualmente se autoeliminará entre el 10 y 20 por ciento. Entre el 25 y el 50 % de los actos consumados tienen historia conocida de intentos previos. Existe una tendencia a repetir los mismos gestos suicidas. <sup>(46)</sup>

Las enfermedades crónicas no transmisibles de origen psíquico ocuparon los primeros lugares, como el retraso mental y la neurosis, viéndose más significativo estos antecedentes en los familiares que en los adolescentes.<sup>(47)</sup>

Los adolescentes que se intentan suicidar tienen hasta un 50% de casos de historia familiar de suicidio o intento de suicidio, especialmente en los casos que el adolescente también había estado deprimido. Los antecedentes familiares de conducta suicida se consideran un factor de riesgo por el aprendizaje, por imitación o identificación, y es conocido que entre el 10 y el 15 % de los que intentan suicidarse, consuman el suicidio posteriormente, también se encontró que el 37,2 % de la población considerada como un riesgo suicida tenía familiares con conducta suicida. Los suicidios son más frecuentes entre los familiares de quienes han realizado un intento o se han suicidado.<sup>(48)</sup>

En la elección del método suicida intervienen una gran variedad de factores como la disponibilidad y la accesibilidad de los mismos, la aceptación sociocultural, la capacidad letal, etc. Esta serie de hechos tienen como consecuencia que se observen grandes variaciones en lo que respecta al método utilizado en función de variables como: el sexo, edad, medio rural o urbano, y la latitud geográfica estudiada. Se ha observado que los varones prefieren métodos suicidas más violentos, las mujeres en comparación suelen utilizar métodos blandos, más pasivos y menos agresivos.<sup>(49)</sup>

Diferentes estudios señalan que la intoxicación por psicofármacos fue el método más empleado por los pacientes. En lo que a tentativa se refiere, la mayoría de los autores están de acuerdo en afirmar que la intoxicación medicamentosa es el método más utilizado; generalmente hacen uso de psicofármacos, seguido de otras sustancias como los organofosforados, insecticidas y combustibles, el ahorcamiento y después de realizado el acto, solicitaron ayuda.<sup>(49)</sup>

Mientras más agresivo sea el método utilizado y más fuerte sea la intencionalidad de realizar el suicidio, mayor será la letalidad del método, excluyendo la intervención por otras personas durante el acto. Estudios realizados han confirmado que estos pacientes no tienen verdadera intención de consumar el acto, han realizado el intento motivados por un impulso no premeditado pero de

gran intensidad. La tristeza es un estado de ánimo que generalmente lleva al paciente al punto de no querer vivir, por lo que los pacientes deprimidos deben ser motivo de alta atención. <sup>(49)</sup>

Como otro factor de riesgo que se deriva del análisis efectuado se destacan los conflictos familiares, por lo cual se estimó por autores que coinciden con este factor que la intervención directa sobre las familias, a cargo del equipo sanitario y otro personal capacitado para ello, será un eslabón estratégico en el control y la disminución de este problema de salud. <sup>(49)</sup>

A nivel mundial los problemas familiares, constituyen por su carácter, una importante fuente de estrés y si las personas no poseen buenos mecanismos de adaptación, los llevan a adoptar una conducta suicida, por lo que la autora infiere que la intervención directa sobre las familias será también, sin duda alguna, un eslabón estratégico en el cambio favorable de actitudes, sobre todo de la población adolescente.

## **DISEÑO METODOLOGICO**

Se realizó un estudio cuasi experimental, enmarcado dentro del paradigma dialéctico - materialista. Se propuso una Estrategia de Intervención Psicoeducativa Preventiva dirigido a la potenciación del conocimiento de adolescentes y familias sobre factores de riesgo de intento suicida en la adolescencia para la disminución de estos factores en el consejo Popular de Florencia.

La población escogida para la realización del estudio estuvo constituida por 7 adolescentes con diagnóstico de intento suicida y sus correspondientes familias, 8 representantes legales residentes en el Consejo Popular de Florencia, para un total de **15**. En los adolescentes las edades oscilaron entre 13 y 19 años, todas de sexo femenino. Y en sus representantes entre 27 y 38 años, de ellos 6 madres y 2 padres. Se utilizó una muestra intencional que coincide con la totalidad de la población escogida cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión que a continuación se exponen:

### **Criterios de inclusión:**

- Adolescentes con antecedentes de realización del intento suicida que desearon incorporarse al estudio de conjunto con sus familias y lo reflejaron mediante la firma del consentimiento informado. (Anexo I)
- Familias de adolescentes con intento suicida que dieron su disposición a participar con sus hijos en el estudio
- No padecer de ninguna enfermedad que los imposibilite para este estudio.

### **.Criterios de exclusión:**

- Adolescentes y familias que no cumplan con los criterios de inclusión.
- Los que voluntariamente quieran abandonar la investigación.

## **VARIABLES**

### **Variable independiente:**

Estrategia de Intervención Psicoeducativa Preventiva.

**Variable dependiente:** Potenciación del conocimiento en adolescentes y familias sobre factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia para la disminución de estos factores.

**Conceptualización de la variable independiente: Estrategia de Intervención Psicoeducativa Preventiva:** Es el documento que refleja las características más importantes del tipo de estrategia de intervención, atendiendo a sus tres momentos importantes y la descripción de los objetivos generales y específicos a lograr y de los temas esenciales a asimilar a partir de un sistema de actividades fragmentadas en sesiones de trabajo que tienen en cuenta el componente psicológico y educativo para la formación y transformación de la dinámica de la actividad del sujeto, y a su vez el carácter preventivo que caracteriza la atención primaria de salud en Cuba.

**Operacionalización de la variable dependiente: Potenciación del conocimiento en adolescentes y familias sobre factores de riesgo del intento suicida en adolescentes para la disminución de estos factores.**

### **1. Características demográficas**

1.1 (edad, sexo, estado civil, nivel escolar)

### **2. Comportamiento social de adolescentes con intento suicida y sus familias.**

2.1 Sexualidad.

2.2. Antecedentes de intento suicida personales y familiares.

2.3 Enfermedades crónicas no transmisibles de origen psíquico

2.4 Estados afectivos

2.5 Métodos suicidas.

2.6 Métodos educativos familiares.

### **3. Conocimiento sobre factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia**

3.1 Edad, sexo y escolaridad

3.2 Sexualidad

3.3 Autoestima.

3.4 Antecedentes de intento suicida personales y familiares.

3.5 Enfermedades psiquiátricas personales y familiares.

3.6 Alteraciones psíquicas.

3.7 Efectividad de los métodos suicidas.

### 3.8 Conflictos familiares.

### 3.9 Disposición para autotransformarse

Para evaluar el conocimiento de los adolescentes y familias sobre factores de riesgo del intento suicida se tuvo en cuenta la siguiente escala de evaluación.

**ADECUADO:** Si responde correctamente los (inciso a) de los ítems del 1 al 6 así como de los ítems del 9 al 11 y el del 13 de la encuesta.

**NO ADECUADO:** Si responden inadecuadamente los (inciso a) de los ítems del 1 al 6 así como de los ítems del 9 al 11 y el del 13 de la encuesta.

Los **métodos y técnicas** de investigación empleados fueron:

Del nivel teórico:

**Histórico – Lógico** en la elaboración de la fundamentación teórica de la investigación, para delimitar los antecedentes históricos, así como para facilitar las reflexiones acerca de los resultados de otras investigaciones que ayuden a completar las experiencias y enriquecerlas con un pensamiento lógico más profundo.

**Analítico – Sintético** en el proceso de revisión bibliográfica con el objetivo de analizar las diferentes concepciones que abordan los fundamentos teóricos metodológicos en la elaboración de una Estrategia de Intervención Psicoeducativa Preventiva para potenciar el conocimiento en adolescentes y familias sobre los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia y la disminución de estos factores en el Consejo Popular de Florencia.

**Inductivo – Deductivo** para concretar los supuestos teóricos y metodológicos para la elaboración de la Estrategia de Intervención Psicoeducativa Preventiva.

**Sistémico – Estructural – Funcional** para la determinación de la estructura de la Estrategia de Intervención Psicoeducativa Preventiva, favoreciendo a su puesta en práctica.

Del nivel empírico:

La **observación**. Con el objetivo de determinar factores de riesgo de intentos suicidas en adolescentes, con antecedentes de esta conducta, a partir de su comportamiento social e incidencia de las familias en ellos.

La **encuesta**: Para diagnosticar el conocimiento que tienen los adolescentes y familias sobre factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia.

**Análisis de documentos**: Con el propósito de sintetizar conceptualizaciones, datos cuantitativos y cualitativos relacionados con el tema de estudio.

Del nivel estadístico - matemático:

El **método porcentual**: Para la interpretación de los resultados la técnica de procesamiento de la información fue computacional y se realizó la revisión y validación de la misma. Como medida de resumen de la información se usaron las frecuencias absolutas y relativas (%). Los resultados se presentaron en las tablas de distribución de frecuencia absoluta para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación.

Para la obtención de la información se aplicó una encuesta inicial como método de acción individual validada por un psicólogo y aprobada en un estudio piloto la que se confeccionó según criterios de expertos y revisión bibliográfica relacionada con el tema a investigar.

Inicialmente, se implementó una guía de observación para la determinación de factores de riesgo de intentos suicidas en adolescentes a partir de su comportamiento social e incidencia de las familias en ellos (Anexo II). Se aplicó una encuesta a adolescentes y familias donde se diagnosticó el conocimiento que tienen sobre factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia. (Anexo III). La encuesta se confeccionó con 13 ítems y fue aplicada antes de la elaboración de la Estrategia de Intervención Psicoeducativa Preventiva, constituyendo parte del sustento informativo de la propuesta y después de su aplicación para la corroboración de su efectividad. En esta se recogieron todas las variables de interés para la información, la cual tuvo preguntas cerradas, abiertas, politómicas y dicotómicas.

Además se analizaron documentos como las historias clínicas individuales y fichas familiares sintetizando datos personales y familiares de interés relacionados con el tema de estudio, de gran significación en la esfera del conocimiento para la fundamentación e implementación de la propuesta de investigación (Anexo IV). Teniendo en cuenta los resultados alcanzados en el

diagnóstico inicial, se propuso la aplicación de una Estrategia de Intervención Psicoeducativa Preventiva que contribuya a la potenciación de conocimiento en adolescentes y familias sobre los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia y la disminución de estos factores en el Consejo Popular de Florencia. Para ello se realizó el convenio de trabajo entre el investigador y la institución donde se va aplicar la intervención. (Anexo V)

### **Consideraciones éticas y bioéticas.**

La investigación que se realizó a los adolescentes con intento suicida y a sus familias en el Consejo Popular de Florencia fue previamente coordinada con los implicados y con el Centro de Salud Mental con el objetivo de aplicar una Estrategia de Intervención Psicoeducativa Preventiva dirigida a la potenciación del conocimiento de adolescentes y familias sobre factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia para la disminución de estos factores en dicha localidad, siendo amparada su aplicación por el consentimiento informado de la muestra utilizada en la investigación y para que esta se efectuó de conjunto entre padres e hijos.

### **Fundamentación de la Estrategia de Intervención Psicoeducativa Preventiva.**

Entre las funciones de la Educación para la Salud está la de generar el desarrollo de todas aquellas potencialidades que transforman al individuo y la comunidad, en dueños de su propio destino, en constructores de alternativas y soluciones.

En tal sentido las dificultades detectadas en el conocimiento de adolescentes y familias sobre los factores de riesgo del intento suicida en el adolescente, sugieren la elaboración de una Estrategia de Intervención Psicoeducativa Preventiva, permitiendo potenciar estos conocimientos que transformen el comportamiento social y favorezca al bienestar de su salud. .

Como requisito fundamental se tuvo en cuenta el principio de la voluntariedad de los participantes los que accedieron a llenar encuestas antes de la intervención. La Estrategia de Intervención Psicoeducativa Preventiva que se propone contiene un sistema de actividades que a partir de su interiorización propician el cambio y

transformación necesaria de los adolescentes con intentos suicidas, así como de sus familias.

Para su estructuración y la elaboración de sus fundamentos teóricos se tomaron como base las ciencias filosóficas, sociológicas, psicológicas y pedagógicas, las cuales permitieron desde el punto de vista teórico dar coherencia, científicidad y organización en la planificación de las acciones que la conforman.

Desde el punto de vista filosófico se fundamenta en la concepción materialista dialéctica, la cual establece, por una parte, su carácter humanista, expresado en cada una de las actividades psicoeducativas preventivas propuestas. Desde el punto de vista sociológico se basa en la sociología marxista, martiana y fidelista, que parte del diagnóstico integral y continuo, se determinan las limitaciones y potencialidades, así como las experiencias y vivencias que tienen los adolescentes y familias que comprenden el estudio. Estos postulados están en correspondencia con los objetivos trazados por el Ministerio de Salud Pública, lo cual impone nuevos retos a los egresados de sector, en el ejercicio de la profesión, para la promoción de salud y prevención de enfermedades.

Desde el punto de vista psicológico y pedagógico la propuesta toma como punto de partida la concepción materialista dialéctica, al considerar la práctica social como principio y fin del conocimiento de la realidad y la representación de la relación entre el hombre y el medio social en un proceso histórico cultural – concreto, en constante cambio, transformación y desarrollo. Tiene en cuenta las características de la edad a la que va fundamentalmente dirigida, la adolescencia, considerando además las funciones de la familia y rol que juega el adulto en la educación de los hijos.

Toda actividad programada, organizada y ejecutada debe servir de modelo de actuación, desde esta perspectiva, teniendo en cuenta la ley de la pedagogía, que establece la relación entre los componentes del proceso de enseñanza-aprendizaje, lo cual posibilita la instrumentación de acciones concretas para lograr un objetivo definido, siempre partiendo de que lo formativo se logra a través de lo instructivo; estos componentes de la pedagogía permitieron dar coherencia a las actividades diseñadas en la estrategia y se utiliza como forma organizativa

predominante el taller que permite el intercambio directo y abierto con todos los participantes así como, hace posible que los contactos entre los miembros de grupo sean más abiertos y estrechos. También tiene una estructura lógica, según las relaciones que se establecen entre sus componentes, combinando la teoría con la práctica.

La propuesta tiene en cuenta los postulados de Vigotski, sobre la escuela histórica cultural. Responde además a los principios de la educación para la salud, pues se basa en las necesidades e intereses de adolescentes con intentos suicidas y de sus representantes legales, considerando el adecuado desarrollo de estos, respetando su conocimiento e individualidad, promoviendo la salud y previniendo desajustes en su bienestar biopsicosocial.

Por esas razones se propone un modelo de la Estrategia de Intervención Psicoeducativa Preventiva que manifieste la dinámica de la actividad del sujeto, a un nivel de intervención grupal. En consecuencia se requiere efectuar el proceso de aplicación de la estrategia, de forma participativa y desarrolladora en la que los adolescentes con factor de riesgo de intento suicida y sus familias, cumplan con los siguientes requisitos:

- Actúen conscientemente en los talleres programados.
- Se comuniquen expresando el producto de su comprensión.
- Reflexionen sobre los modos de pensar y hacer.
- Critiquen su propia actuación y la de los demás.
- Transmitan los conocimientos alcanzados a nuevos contextos.
- Desarrollen valores y motivaciones.
- Desarrollen rasgos de su personalidad: flexibilidad, autodeterminación, autoestima, autonomía, independencia, entre otros.
- Proporcionen atención e interés a las actividades desempeñadas en la estrategia.
- Adquieran responsabilidad de su asistencia y puntualidad a las sesiones de intervención.

La estrategia de intervención psicoeducativa preventiva, está pensada como un apoyo a la adolescencia y sus familias, un conjunto de recursos cognitivos, una

guía de promoción de conductas responsables y prevención de sufrimientos en este caso específico relacionado con la autodestrucción por el intento suicida presente en el adolescente en estudio.

Contiene ocho sesiones de aproximadamente una hora cada una. El tiempo puede adecuarse a partir del aprovechamiento de los recursos, las condiciones y la disponibilidad del local en el Centro de Salud Mental del Consejo Popular de Florencia.

La metodología será esencialmente participativa e interactiva. Se aplicarán las técnicas y se promoverá la discusión, el análisis, tomando en cuenta todas las opiniones. A partir de las expresiones y criterios del grupo se realizarán las síntesis necesarias.

El trabajo con los adolescentes puede generar discrepancias, por eso es necesario que se expongan las reglas del grupo. Se sugieren fundamentalmente.

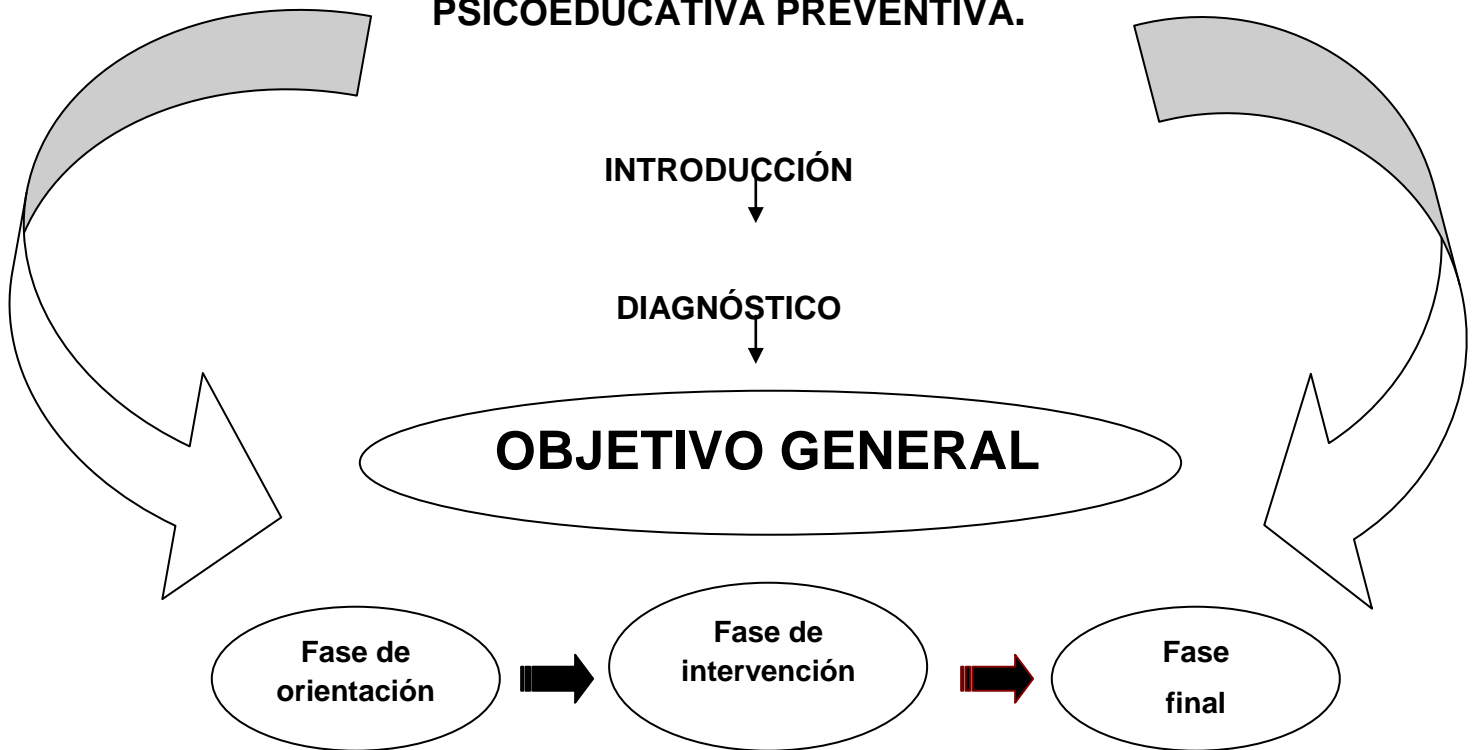
**Respeto:** Se refiere al respeto a las diversas opiniones, puntos de vista, modos y estilos de vida.

**Confidencialidad:** Significa que las situaciones u opiniones que se comparten con el grupo son exclusivas del mismo.

**Puntualidad:** Asistir en el horario establecido para la intervención.

**Estrategia de Evaluación:** En esta estrategia de intervención psicoeducativa preventiva se utilizará la encuesta de entrada y salida (antes – después). Esto permitirá hacer evaluaciones de procesos y de resultados. De esta manera, se podrá conocer hasta dónde se logran los objetivos, la calidad de la ejecución de las sesiones y si ha existido algún cambio de los aspectos que la estrategia en su fase de implementación ha tratado de influir.

**ESQUEMA DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCION  
PSICOEDUCATIVA PREVENTIVA.**



**Planificación estratégica**

- ✓ Actividades.
- ✓ Objetivos Específicos.
- ✓ Orientaciones Metodológicas.
- ✓ Responsable.
- ✓ Participantes.
- ✓ Período de cumplimiento.
- ✓ Evaluación.

**POTENCIACION DE LOS CONOCIMIENTOS EN ADOLESCENTES Y FAMILIAS  
SOBRE FACTORES DE RIESGO DE INTENTO SUICIDA EN LA  
ADOLESCENCIA, PARA LA DISMINUCIÓN DE ESTOS EN EL CONSEJO  
POPULAR DE FLORENCIA.**

# **Estructura de la Estrategia de Intervención Psicoeducativa Preventiva**



## **Introducción.**

La naturaleza de los retos a que se enfrenta el Ministerio de Salud Pública conduce a reflexionar profundamente acerca de lo que debe hacerse de manera consciente para lograr cumplir la función social que tienen los profesionales de este sector. En tal sentido la educación postgraduada ha jugado un importante papel para su formación integral, haciendo posible que los egresados se apropien de herramientas pedagógicas, comunicativas e investigativas para desempeñar con éxito su labor asistencial desde las diferentes áreas de atención, en la búsqueda de transformaciones en un proceso de intervención con una concepción participativa e interactiva entre médicos, pacientes y familias.

Entre las principales prioridades de investigación en salud que se identifican en la actualidad se encuentra el suicidio, por ello el Médico General Integral desde su escenario en el Consultorio Médico de la Familia además de realizar una certera dispensarización de los casos que existen en su comunidad, debe llevar a cabo un profundo proceso de promoción de salud y prevención de este dañino y letal acto.

El parasuicidio, o intento suicida, definido como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención, es aún un enigma. Esto explica la necesidad de realizar investigaciones en busca del por qué los seres humanos orientados hacia la vida se entregan a comportamientos autodestructivos.

La presente estrategia de intervención psicoeducativa preventiva dirigida a adolescentes con factor de riesgo de intento suicida y a sus familias, pretende desde su contexto de estudio dar una explicación al por qué planteado, trabajando una de las posibles causas que conducen a una conducta suicida: el área del conocimiento.

## **Diagnóstico.**

- Se ha observado que en las familias de las adolescentes con intento suicidas las madres tienden a manejar el estrés de manera inadecuada, por un lado suelen ser débiles internamente, a su vez padecen fuertes sentimientos de depresión, desesperanza y desaliento, por otro lado, tienden a ser impulsivas, coléricas en su enfrentamiento diario con la vida.
- Suele haber conflictos constantes, que conllevan a agresiones.
- Antecedentes en la familia de alcoholismo, enfermedades psiquiátricas y de intento suicida.
- En relación con el manejo afectivo, las familias suelen cargar a la adolescente con las culpas, los defectos o las partes malas del hogar.
- El medio familiar se caracteriza por un sistema cerrado donde no existe comunicación entre sus miembros y pobre con el exterior.
- Las adolescentes como consecuencia de lo que viven no tienen las herramientas para afrontar los eventos que se les presentan en la vida, como es el caso de la separación con la pareja.

### **Objetivo General.**

- Elevar el conocimiento de adolescentes y familias sobre los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia.

## **FASE DE ORIENTACIÓN**

### **Actividad #1.**

**Tema: Ser adolescente: amenaza o expectativa de vida.**

**Objetivo:** Reflexionar en torno a la problemática actual del intento suicida en adolescentes y la necesidad de la intervención psicopedagógica preventiva tanto en ellos como en sus familias.

**Orientaciones Metodológicas:** Es la primera actividad que se desarrolla con el grupo de adolescentes con intento suicida y sus familias por lo que se procede a la presentación de manera grupal a través de una técnica participativa, una vez

presentados todos, se hace referencia a los resultados del diagnóstico efectuado donde se aprecian las necesidades cognoscitivas que existen con relación a los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia, se les explica a todos los miembros del grupo la forma de trabajo grupal que predominará, los horarios y todos los aspectos organizativos necesarios para comenzar la intervención además se hará énfasis en el porqué se desarrolla este tipo de investigación, es decir, se abordarán conceptos relacionados con la conducta suicida y su relación con el adolescente así como el papel de la familia en la educación de éste. También se declararán los temas que a desarrollar, y se cerrará esta fase haciendo énfasis en las características biológicas y psicológicas de la adolescencia.

**Responsable:** Médico General Integral

**Participantes:** Adolescentes y familias

**Período de cumplimiento:** 1 hora

## **FASE DE INTERVENCIÓN**

### **Actividad #2.**

**Tema:** Los retos y desafíos de la vida.

**Objetivo:** Analizar la situación y los conflictos que viven los adolescentes al plantearse nuevas metas.

**Orientaciones Metodológicas:** Se debe comenzar con el análisis de los conceptos retos y desafíos. Como técnica inicial se utilizará “La doble rueda” para propiciar el comentario sobre las posibilidades que da la vida. Su aprovechamiento racional. Dicha técnica responde a las aspiraciones e ideales de los adolescentes y las influencias de otros para alcanzar las metas. Y como técnica final: “En busca de una solución” para integrar a las familias por el rol que juegan como grupo primario al que éstos pertenecen.

**Responsable:** Médico General Integral

**Participantes:** Adolescentes y familias

**Período de cumplimiento:** 1 hora

### **Actividad #3.**

**Tema: Sexualidad en la adolescencia**

**Objetivo:** Reflexionar acerca de los elementos que intervienen en la sexualidad del adolescente y la incidencia de la orientación sexual en las relaciones interpersonales en busca de aceptación de familias y coetáneos.

**Orientaciones Metodológicas:** Se iniciará reflexionando en torno a las características de la sexualidad en la adolescencia enfatizando en cuanto a la orientación sexual. Se utilizará la técnica como soy y como me ven los demás permitirá la búsqueda de solución a fracasos en su sexualidad, desde las relaciones interpersonales afectivas y efectivas, esta técnica inicial se reforzará con el lema “No vivimos solos; siempre somos útiles a alguien” lo cual conducirá al debate e intercambio de experiencias desde el punto de vista de sus vivencias a partir de la orientación sexual de ellos. Para el cierre de la actividad se utilizará la expresión de sentimientos: “Por ti siento”. Con ella la familia podrá expresar la aceptación o no que tienen con relación a sus hijos respetando así como viven su sexualidad y viceversa los adolescentes podrán expresar a los padres como se sienten con ellos desde sus relaciones por el método educativo y comunicación que manifiestan.

**Responsable:** Médico General Integral

**Participantes:** Adolescentes y familias

**Período de cumplimiento:** 1 hora

### **Actividad #4.**

**Tema: La autoestima y autovaloración para el crecimiento personal social.**

**Objetivo:** Analizar el efecto de la autoestima y autovaloración para enfrentar los estereotipos como carga socio-cultural sobre la vida individual de los adolescentes así como la repercusión en la vida.

**Orientaciones Metodológicas:** La responsable de la actividad comienza explicando que es la autoestima y su importancia para el crecimiento personal social. Para establecer el debate se realizará el juego de los espejos, bajo el lema

“Mi crecimiento como persona”. Esta técnica manifestará el grado de autoestima y autovaloración del adolescente para el cumplimiento de su rol en la sociedad. Culminará con la técnica: “Cadena de asociaciones” que reflejará las posibilidades reales con las que cuenta el adolescente para enfrentar los conflictos de la vida y cómo es capaz de utilizarlas, a partir del impacto causado en ellos dichos conflictos.

**Responsable:** Médico General Integral

**Participantes:** Adolescentes y familias

**Período de cumplimiento:** 1 hora

### **Actividad #5.**

**Tema:** La pareja: depresión o diversión

**Objetivo:** Reflexionar críticamente acerca de la estabilidad emocional que aporta una pareja estable y deseada.

**Orientaciones Metodológicas:** Se comenzará explicando qué es la depresión como alteración psicológica y que se estima será el problema de mayor impacto en la salud de la población de países en vías de desarrollo en el año 2020, y constituye la psicopatología más importante como precondition para un futuro intento de suicidio en jóvenes, pues figura como una de las principales causas de muerte en esta etapa de la vida. Asociada a ella se encuentran las vivencias en las relaciones de parejas que en la etapa de la adolescencia en ocasiones en vez de ser una diversión por las características propias que se imprimen en este periodo evolutivo de la vida, se convierten en un sentimiento depresivo que desajusta las emociones y por tanto conducen a actos dañinos para la vida. Se aplicara la técnica “Cómo me siento mejor, en pareja o en solitario” para promover el debate y reflexión, se aportan mecanismos de afrontamiento para transformar conductas que atentan contra el bienestar psicológico, biológico y social.

**Responsable:** Médico General Integral

**Participantes:** Adolescentes y familias

**Período de cumplimiento:** 1 hora

## **Actividad #6.**

**Tema: NO a métodos suicidas mejor un SI por la vida**

**Objetivo:** Reflexionar acerca del regalo de la vida y la incapacidad de sentirla, en cada una de sus etapas, por aquellos que utilizan en ocasiones métodos suicidas.

**Orientaciones Metodológicas:** Se comenzará abordando el ciclo de la vida, sus características en cada una de sus etapas y los determinantes de salud que influyen en ella para el bienestar psicológico. Además se hará referencia a mecanismos de defensa del yo ante conflictos y frustraciones y métodos adecuados a utilizar para su afrontamiento. Posteriormente se utilizará la técnica “El telescopio al revés y en su lugar”, permitirá reflexionar utilizando la persuasión en torno al valor que se le imprime a la vida y a la utilización de métodos suicidas como alternativa de solución a los conflictos, según el prisma con que lo ven. Se cerrará con la interrogante ¿Qué piensas ahora? Las respuestas que se obtengan serán el resultado de lo aprendido a juicio personal.

**Responsable:** Médico General Integral

**Participantes:** Adolescentes y familias

**Período de cumplimiento:** 1 hora

## **Actividad #7.**

**Tema: Nuevos Proyectos.**

**Objetivo:** Reflexionar acerca de los nuevos elementos que se deben tener en cuenta para diseñar proyectos personales en la vida.

**Orientaciones Metodológicas:** Se comienza con las interrogantes ¿Qué es un proyecto de vida y cómo hacer un proyecto? Para promover el debate y la reflexión. Se utiliza la técnica “Voy en busca de” para intercambiar opiniones que reflejen aspiraciones y motivación en la vida y se cierra con otra interrogante ¿Me ayudó o no me ayudó? Para dar respuesta a ella es necesaria la unión de padres e hijos y que juntos de la mano planifiquen nuevos proyectos en los que se vean reflejados ambos como complementos en la vida.

**Responsable:** Médico General Integral

**Participantes:** Adolescentes y familias

**Período de cumplimiento:** 1 hora

## **FASE FINAL**

### **Actividad #8.**

**Tema:** ¿CÓMO NOS HA IDO?

**Objetivo:** Valorar la trascendencia de lo que han debatido en los talleres y utilidad para su vida futura desde le punto de vista emocional.

**Orientaciones Metodológicas:** Se le entregarán tarjetas con diversas situaciones a las que ellos aplicando los conocimientos adquiridos le darán soluciones se establecerá el debate y posteriormente se aplicará la encuesta final para poder evaluar el impacto de la intervención.

**Responsable:** Médico General Integral

**Participantes:** Adolescentes y familias

**Período de cumplimiento:** 1 hora

**Evaluación:** Se aplicará la técnica del PNI para evaluar el estado de satisfacción existente en el grupo de trabajo

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados más significativos de la investigación se exponen a continuación.

**Tabla1 Distribución de adolescentes y familias teniendo en cuenta el sexo**

**N=15**

Muestra escogida	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>ADOLESCENTES</b>	<b>7</b>	<b>47</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>7</b>	<b>47</b>
<b>FAMILIAS (Representantes legales)</b>	<b>6</b>	<b>40</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>53</b>
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>87</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Fuente: Encuesta**

Los resultados expuestos reflejan la constitución de la muestra atendiendo al sexo, evidenciándose que el estudio lo comprenden 7 adolescentes del sexo femenino y 8 representantes legales, de ellos 6 madres y 2 padres, lo que demuestra que de la muestra 13 son del sexo femenino para un 87% predominando dicho sexo. Estos resultados coinciden con la investigación realizada por un colectivo de autores en Holguín <sup>(16)</sup>, sobre la conducta suicida en adolescentes.

**Tabla2 Distribución de adolescentes y familias teniendo en cuenta grupos etáreos y estado civil.**

**N=15**

Muestra escogida	Grupos etáreos	Estado Civil							
		Casada		Soltera		Unión consensual		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Adolescentes	10-14 años	-	-	2	13	-	-	2	13
	<b>15-19 años</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>34</b>
Familias (Representantes legales)	27-30 años	-	-	1	7	1	7	2	13
	<b>31-34 años</b>	-	-	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>27</b>
	35-38 años	-	-	1	7	1	7	2	13
<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>60</b>	<b>5</b>	<b>34</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Fuente: Encuesta**

Se aprecia que en los adolescentes las edades predominantes fueron de 15-19 años, para un, 34% coincidiendo con la literatura científica consultada <sup>(1)</sup>, donde se planteó que el suicidio mundialmente es una de las primeras cinco causas de mortalidad en adolescentes de 15 a 19 años. Mientras que en las familias las edades que predominaron están comprendidas entre 31 a 34 años para un 27%. Con relación al estado civil predominaron en adolescentes cuatro pacientes solteras, y en las familias 5, para un 60% de la muestra escogida. Estos resultados coinciden con Serfaty E, <sup>(40)</sup> el cual planteó que las personas acompañadas tienen menos probabilidades de intentar o de llevar a cabo un suicidio que las personas separadas, que viven solas. La tasa fue más alta en individuos solteros que en individuos casados o en unión consensual.

**Tabla3 Distribución de adolescentes y familias teniendo en cuenta grupos etáreos y el nivel educacional.**

**N=15**

Muestra escogida	Grupos etáreos	Nivel Educacional					
		Primaria		Secundaria		Preuniversitario	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Adolescentes	<b>10-14 años</b>	2	13	<b>2</b>	<b>13</b>	-	-
	<b>15-19 años</b>	-	-	<b>2</b>	<b>13</b>	1	7
Familias (Representantes legales)	27-30 años	-	-	2	13	1	7
	<b>31-34 años</b>	-	-	<b>3</b>	<b>20</b>	1	7
	35-38 años	-	-	1	7	-	-
<b>Total</b>		2	13	<b>10</b>	<b>66</b>	3	20

**Fuente: Encuesta**

En la presente tabla se puede apreciar que el 66% de la muestra investigada presentaron estudios secundarios concluidos, condición que asevera resultados de otras investigaciones donde el bajo nivel conduce a mayores riesgos del intento suicida. Bibliografías consultadas, corroboran que los adolescentes son más propensos a realizar un intento suicida por estar expuestos a problemas de conductas, disminución del rendimiento escolar, ausencias reiteradas a clases, baja autoestima, y/o conductas de riesgo con relación a la sexualidad, así como atentar contra su propia vida. Según estudios de la Dra. Liuba Y. Peña Galbán en el año 2002, el nivel escolar se comportó de la forma siguiente: nivel medio (secundaria básica) por encima del 60%.

**TABLA 4 Distribución de los pacientes teniendo en cuenta los Antecedentes de enfermedades psiquiátricas.**

**N=15**

<b>Muestra escogida</b>	<b>Antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas</b>		<b>Antecedentes personales de enfermedades psiquiátricas</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>ADOLESCENTES</b>	4	27	1	7
<b>FAMILIAS (Representantes legales)</b>	6	40	3	20
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>67</b>	<b>4</b>	<b>27</b>

**Fuente: Encuesta**

El análisis de los resultados refleja que el 67% de la muestra presentaron antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas, mientras que solo 4 pacientes presentaron antecedentes personales de enfermedades psiquiátricas, lo que corresponde con la literatura científica consultada, donde las enfermedades crónicas no transmisibles de origen psíquico ocuparon los primeros lugares, como las neurosis, viéndose más significativo estos antecedentes en los familiares que en los propios adolescentes y familias.<sup>55)</sup>

**TABLA 5 Distribución de los pacientes teniendo en cuenta antecedentes de realización de intento suicida en la familia, personal o previa.**

**N=15**

Muestra escogida	Antecedentes de intento suicida en la familia.		Antecedentes de Intento suicida personal o previa	
	Nº	%	Nº	%
<b>ADOLESCENTES</b>	6	40	1	7
<b>FAMILIAS (Representantes legales)</b>	6	40	3	20
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>80</b>	<b>4</b>	<b>27</b>

**Fuente: Encuesta**

Se pudo apreciar que el 80% de la muestra estudiada presentaron antecedentes de intentos suicidas en la familia. En las adolescentes, una tuvo antecedente de intento suicida previo y 3 de sus representantes legales tuvieron intento suicida personal para un 20% de casos de historia familiar de primera línea de intento suicidio, observándose que se corresponde con aquellos que portan enfermedades psiquiátricas y de igual forma con la historia familiar de los representantes legales, tanto en familiares de primera línea como de segunda línea. Esto conduce a plantear que los antecedentes de conducta suicida familiar se consideran un factor de riesgo por el aprendizaje, por imitación o identificación, y es conocido en estudios realizados por Pérez Barrero S <sup>(45)</sup>. que entre el 10 y el 15 % de los que intentan suicidarse, consuman el suicidio posteriormente. Es significativo señalar que en el estudio realizado se obtuvo como resultado que 6 de las adolescentes no realizaron intento suicidio previo, siendo contradictorio con lo planteado en literaturas consultadas como es el caso del autor López Blanco M donde se refiere que los sujetos que han realizado un intento de suicidio tienen un

riesgo de consumación cien veces mayor al de la población general. Lo cual quiere decir que estas adolescentes en estudio se están iniciando en este acto autodestructivo y tienen mayores riesgos de repetir la tentativa. <sup>(59)</sup>

**TABLA 6 Distribución de la muestra teniendo en cuenta relaciones afectivas en el hogar.**

**N=15**

Relaciones afectivas	ADOLESCENTES		FAMILIAS (Representantes legales)	
	Nº	%	Nº	%
Comprensión	-	-	4	27
Rigidez	4	27	-	-
Agresividad	3	20	-	-
Comunicación	1	7	5	33

**Fuente: Encuesta**

A partir del análisis de los resultados obtenidos en la tabla 6 se pudo comprobar que para las adolescentes en estudio, según su apreciación, predominaron la rigidez y agresividad en las relaciones afectivas en el hogar. En una de ellas se manifiesta la existencia de comunicación pero refiere que existe comunicación sin llegar a la comprensión, por tanto esta no es funcional. Mientras que para sus representantes legales las relaciones afectivas son normales pues existe comprensión y comunicación entre sus miembros. En la bibliografía consultada se confirmó que a nivel mundial los problemas familiares, constituyeron por su carácter, una importante fuente de estrés y si las personas no poseen buenos mecanismos de adaptación, los llevan a adoptar una conducta suicida, <sup>(61)</sup> por lo que se infiere que la intervención directa sobre las familias será, sin duda alguna, un eslabón estratégico en el cambio favorable de actitudes, sobre todo de la población adolescente. <sup>(60)</sup>

En opinión de la autora de este trabajo, las familias de las adolescentes se caracterizan por ser disfuncionales, está presente la incomunicación entre sus miembros, una distribución incorrecta del trabajo hogareño y una desigual proporción en la satisfacción de los ingresos. Estos detalles importantes afectan a la adolescente la cual no es tenida en cuenta como elemento posible en la armonía familiar, la misma es afectada por expresiones y agresiones en general que la distancian y la desequilibran en su estado emocional.

**TABLA 7 Distribución de los pacientes teniendo en cuenta el método utilizado**

**N=15**

Muestra escogida	Ingestión de tabletas		Ahorcamiento incompleto		Quemaduras	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>ADOLESCENTES</b>	7	47	-	-	-	-
<b>FAMILIAS (Representantes legales)</b>	2	13	-	-	1	7
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>60</b>	-	-	1	7

**Fuente: Encuesta**

En la tabla 7 podemos observar que el 60% de la muestra tomaron como método suicida la ingestión de psicofármacos y solamente una se diferenció al intentar quemarse con un 7%. Lo que coincide con otros estudios realizados por Serfaty, donde también predominó la ingestión de psicofármacos en los intentos suicidas, por lo que se hace necesario hacer una distribución equitativa de los mismos y controlarlos mejor, es decir, controlar las indicaciones y educar a la población sobre el uso adecuado de los mismos.<sup>(40)</sup>

**TABLA 8 Distribución de los adolescentes teniendo en cuenta el conocimiento de los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia.**

**N=7**

**CONOCIMIENTO**

Factores de riesgo del Intento suicida en la adolescencia	ANTES DE LA INTERVENCIÓN				DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN			
	A	%	NA	%	A	%	NA	%
Antecedentes suicidas	-	-	7	100	<b>7</b>	<b>100</b>	-	-
Enfermedades Psiquiátricas	-	-	7	100	<b>7</b>	<b>100</b>	-	-
Sexualidad	1	14	6	86	<b>7</b>	<b>100</b>	-	-
Nivel escolar	-	-	7	100	<b>7</b>	<b>100</b>	-	-
Autoestima	2	29	5	71	<b>7</b>	<b>100</b>	-	-
Relaciones afectivas en el hogar	<b>7</b>	<b>100</b>	-	-	<b>7</b>	<b>100</b>	-	-
Alteraciones psicológicas afectivas	4	57	3	43	<b>7</b>	<b>100</b>	-	-
Métodos suicidas	2	29	5	71	<b>7</b>	<b>100</b>	-	-
Disposición de auto transformarse con ayuda especializada	-	-	7	100	<b>7</b>	<b>100</b>	-	-

**Fuente: Encuesta**

En la tabla 8 se pone de manifiesto antes de la intervención que el conocimiento que poseen las adolescentes en su totalidad sobre los factores de riesgo del

intento suicida en la adolescencia es deficiente comprobándose que solamente el 100 % de ellas conocen que las relaciones afectivas en el hogar constituyen un factor de riesgo para esta conducta suicida, mostrándose en el resto de los posibles factores ambivalencia en las respuestas. Estos resultados no se pueden comparar con otros estudios pues no se han encontrado hasta el momento investigaciones relacionadas con el conocimiento de los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia, sólo se han realizado estudios para medir índices de comportamiento.

Luego de haber aplicado la estrategia de intervención psicoeducativa preventiva se pudo observar que las 7 adolescentes para un 100% potenciaron el conocimiento sobre los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia.

**TABLA 9 Distribución de las familias (representantes legales) teniendo en cuenta el conocimiento de los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia.**

**N=8**

**CONOCIMIENTO**

Factores de riesgo del Intento suicida en la adolescencia	ANTES DE LA INTERVENCIÓN				DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN			
	A	%	NA	%	A	%	NA	%
Antecedentes suicidas	3	38	5	62	7	88	-	-
Enfermedades Psiquiátricas	-	-	8	100	7	88	-	-
Sexualidad	4	50	4	50	7	88	-	-
Nivel escolar	-	-	8	100	7	88	-	-
Autoestima	3	38	5	62	7	88	-	-
Relaciones afectivas en el hogar	-	-	8	100	7	88	-	-
Alteraciones psicológicas afectivas	4	50	4	50	7	88	-	-
Métodos suicidas	3	38	5	62	7	88	-	-
Disposición de auto transformarse con ayuda especializada	3	38	5	62	7	88	-	-

**Fuente: Encuesta**

En la tabla 9 se pone de manifiesto antes de la intervención que el conocimiento que poseen los representantes legales en su totalidad sobre los factores de riesgo

del intento suicida en la adolescencia es también deficiente comprobándose que el 100 % de ellos consideran que las relaciones afectivas en el hogar no constituyen un factor de riesgo para esta conducta suicida, se evidencia además que el 50 % de la muestra conocen que la sexualidad, viéndola desde el punto de vista de las relaciones de pareja constituye un factor de riesgo para esta conducta en los adolescentes, así como, las alteraciones psicológicas afectivas, mostrándose en el resto de los posibles factores relatividad en las respuestas. Como se explicó en la tabla anterior estos resultados no se pueden comparar con otros estudios pues no se han encontrado hasta el momento investigaciones relacionadas con el conocimiento de los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia, sólo se han realizado estudios para medir índices de comportamiento.

Luego de haber aplicado la estrategia de intervención psicoeducativa preventiva se pudo observar que de los 8 representantes legales, 7 para un 88% potenciaron el conocimiento sobre los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia, siendo preciso señalar que no se logró el 100 % pues uno de los padres que dio su consentimiento de participar en la intervención se mostró inestable en la asistencia a las sesiones de trabajo, fundamentalmente en las tres últimas.

La autora de la presente investigación considera efectiva la Estrategia de Intervención Psicoeducativa Preventiva diseñada y aplicada a los 7 adolescentes y 8 representantes legales, en total 15 que constituyeron la muestra de estudio, pues de ellos 14 para un 93 % lograron la potenciación del conocimiento sobre los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia.

## CONCLUSIONES

- A través del estudio bibliográfico del tema escogido se determinaron los fundamentos teóricos que sustentan la conducta suicida en la adolescencia, los factores de riesgo del intento suicida en esta parte de la población, así como el conocimiento de adolescentes y familias del Consejo Popular de Florencia sobre estos factores.
- Se identificaron como principales factores de riesgo suicida en el grupo escogido de muestra los relacionados con conflicto familiar, disfunción con la pareja y estados emocionales negativos.
- Se determinó el estado actual de los conocimientos que tienen los adolescentes y sus familias (representantes legales) del Consejo Popular de Florencia sobre los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia, llegando a la conclusión de que existen limitaciones en el conocimiento referente al tema.
- Se aplicó una Estrategia de Intervención Psicoeducativa Preventiva que facilitará la potenciación del conocimiento en los adolescentes con intento suicida y sus familias, todos del Consejo Popular de Florencia, sobre los factores de riesgo de este acto autodaño, contribuyendo así al bienestar de salud, desde la concepción biopsicosocial.

## **RECOMENDACIONES**

- Valorar la posible generalización y publicación de la Estrategia de Intervención Psicoeducativa Preventiva dirigida a adolescentes y familias que contribuya a la potenciación del conocimiento sobre los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia y por tanto permita la disminución de dichos factores en el resto del municipio de Florencia y la provincia Ciego de Ávila en general.

## Bibliografía

1 Lafete Trebejo L.A: Comportamiento del suicido en Ciudad de la Habana intervención de enfermería en la atención primaria de salud. Rev Cubana Enfermer 2000;16(2):78-87

2 Arlaes Nápoles L, Hernández Sorí G, Álvarez Concepción D, Cañizares García T, Conducta suicida factores de riesgo asociados. Rev Cubana Med Integr 1998,14(2):122-6

3 El suicidio. [página en Internet] 2010 [citado 4 Nov 2010]; [aprox. 22 pantallas]. Disponible en: [http://html.rincondelvago.com/el-suicidio\\_3.html](http://html.rincondelvago.com/el-suicidio_3.html)

4 Patricia M. Herrera Santí y Kenya Avilés Betancourt. Factores Familiares de riesgo en el intento suicida. Rev Cubana Med Gen Intergr 2000;16(2):134.

5 Áurea Ramos Boch A. Informaciones. Bibliomed sobre depresión e intento suicida. [serie en Internet] 2006 [citado 3 Nov 2010]; [aprox.22 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23\\_01\\_07/mgi21107.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_01_07/mgi21107.htm)

6 Gómez A. Dimensiones de la conducta suicida. [monografía en Internet] Mar 1992 [citado 4 Nov 2010]. Disponible en: <http://www.creces.cl/new/index.asp?imat=%20%20%3E%20%2039&tc=3&nc=5&art=467>

7 Quinteros A TI. Conductas de riesgo, violencia y suicidio en Adolescentes. [página en Internet] 2008 [citado 4 Nov 2010]; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/tfquinteros/conductas-de-riesgo-violencia-y-suicidio-en-adolescentes-presentation>

8 E. García de Jalón, V. Peralta. Suidicio y riesgo de suicidio. [serie en Internet] 2003 [citado 9 Nov 2010];25(supl 3): [aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple7a.html>

9 Adalgizar Martínez Jiménez,<sup>1</sup> Dra. Irene Moracén Disotuar,<sup>2</sup> Lic. Manuel Madrigal Silveira<sup>3</sup> y Lic. Mariela Almenares Aleaga<sup>4</sup>

Comportamiento de la conducta suicida infanto-juvenil Rev Cubana Med Gen Integr v.14 n.6 Ciudad de La Habana nov.-dic. 1998 [http:// ecimed@infomed.sld.cu](http://ecimed@infomed.sld.cu)

© 2011 1999, Editorial Ciencias Médicas.

10 Los últimos datos del INE revelan que en España se quitan la vida nueve personas al día. [página en Internet] 2010 [citado 9 Nov 2010]; [aprox. 3 pantallas].

Disponible en:

[http://www.psiquiatria.com/noticias/psiq\\_general\\_y\\_otras\\_areas/urgencias\\_psiq/suicidio/48875/](http://www.psiquiatria.com/noticias/psiq_general_y_otras_areas/urgencias_psiq/suicidio/48875/)

11 El documento “Lo que la Guardia Civil esconde” sitúa la tasa de suicidios en este colectivo en 49,8 por cada 100.000 efectivos. Diario de Avisos. [página en Internet] Abr 2006 [citado 14 Dic 2010]; [aprox. 6 pantallas]. Disponible en:

[http://www.psiquiatria.com/noticias/psiq\\_general\\_y\\_otras\\_areas/urgencias\\_psiq/suicidio/26510/](http://www.psiquiatria.com/noticias/psiq_general_y_otras_areas/urgencias_psiq/suicidio/26510/)

12 Protocolo de atención al paciente con ideación suicida. [página en Internet] 2008 [citado 4 Nov 2010]; [aprox. 5 pantallas]. Disponible en:

<http://apuntesmedicos.net/2008/08/05/protocolo-de-atencion-al-paciente-con-ideacion-suicida/>

13 Suicidio: los factores de riesgo son diferentes en los hombres y en las mujeres. [página en Internet] 2010 [citado 4 Nov 2010]; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en:

<http://digital.el-esceptico.org/leer.php?autor=54&id=707&tema=13>

14 Prado Rodríguez R. Factores de riesgo en la conducta suicida y las estrategias de prevención. Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana. [serie en Internet] 2004 [citado 9 Nov 2010];1(2-3): [aprox 16 p.]. Disponible en:

<http://www.psiquiatricohph.sld.cu/hph0204/hph02804.htm>

15 Ochoa Roca TZ, Vásquez Concepción ML, Carrasco Fera MA, Sánchez Fernández M, Cruz Casaus MS. Epidemiología de la conducta suicida en la Policlínica Docente “René Ávila Reyes”. Correo Científico Médico de Holguín 2009; 1(1): 5-14.

16 Diekstra RFW: The epidemiology of suicide and parasuicide. Acta Psychiatr Scand [serie en Internet] 1993 [citado 4 Nov 2010]; 371 (Suppl): 9-20. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002&script=sci\\_arttext#1](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002&script=sci_arttext#1)

17 Sarmiento Falcón Z, Sánchez Sánchez S, Vargas Polanco I. Álvarez Rodríguez M. Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales. [página en Internet] 2010 [citado 4 Nov 2010]; [aprox. 9 pantallas]. Disponible en:

[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_14\\_8\\_10/san02810.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_8_10/san02810.htm)

18 García Pérez M., Peón Rodríguez M., Mirabal Hernández E., Barrientos del Llano G.: Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en el municipio Santo Domingo. Medicentro. [página en Internet] 2002 [citado 23 Oct 2010]; [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: <http://usuarios.lycos.es/igon3al/suicidio.htm>.

19 Mansilla Izquierdo F. La conducta suicida y su prevención. [página en Internet] 2010 [citado 14 Dic 2010]; [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/monografias/9/conducta3.shtml>

20 OMS. Prevención del suicidio. Cuaderno de Salud Pública # 35. Ginebra, 1969; 75-9.

21 Larzelere RE, Smith GL, Batenhorst LM, Kelly DB: Predictive validity of the suicide probability scale among adolescents in group home treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 166-72. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002&script=sci\\_arttext#2](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002&script=sci_arttext#2)

22- Pérez Barrero S, Ros Guerra LA, Pablos Anaya T, Calás López R. Factores de riesgo suicida en adultos. *Rev Cubana Med Gen Integr* [serie en Internet] 1997 [citado 14 Dic 2010]; 13(1):7-11. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13\\_1\\_97/mgi01197.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_1_97/mgi01197.htm)

23 Vega Chacón R. Hacia la prevención de la conducta suicida por los países de América Latina y el Caribe. [monografía en Internet] 2010 [citado 4 Nov 2010]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos82/prevencion-conducta-suicida/prevencion-conducta-suicida2.shtml>

24 Larraguibel QM, González MP, Martínez NV, Valenzuela GR. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes *Rev. chil. pediatr.* [serie en Internet] mayo 2000 [citado 14 Dic 2010]; 71(3): [aprox. 15 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002&script=sci_arttext)

25 Guibert Reyes W. Epidemiología de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr. [serie en Internet] 2002 [citado 14 Dic 2010];18(2): [aprox. 11 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18\\_2\\_02/mgi07202.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi07202.htm)

26 Borges G, Medina-Mora ME, Orozco R, Ouéda C, Villatoro J, Fleiz C Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. Salud Mental. [serie en Internet] 2009 [citado 14 Dic 2010]; 32 (5): 413-425. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=22548&IDPUBLICACION=2292&IDREVISTA=81>

27 Barra, Flora de la "Conducta suicida en niños y adolescentes", Pediatr., 5 (3): 152-7, Chile, julio-agosto, 1999. 68 Peraz B, Reyter S El suicida y su atención por el médico de familia. Rev Cubana Med Gen Integr 1975

29 Cuba. Ministerio de Salud Pública. Situación de salud de Cuba. Indicadores básicos 2001. Ciudad de La Habana: MINSAP, 2002.

30 Actitud ante el suicidio y conductas autolesivas. [página en Internet] 2010 [citado 4 Nov 2010]; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: [http://www.saludalia.com/Saludalia/web\\_saludalia/urgencias/doc/documentos/doc/suicidio.htm](http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/urgencias/doc/documentos/doc/suicidio.htm)

31 Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística. Situación de Salud en Cuba. Indicadores básicos de salud. [página en Internet] 2009 [citado 15 Jul 2008]; [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/estadisticas/htm>

32 En Cuba el suicidio se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte Camel V. Estadísticas Médicas y de Salud Pública. Edit. Pueblo y Educación, La Habana 1985:310-12.

33 Lidia Arlaes Nápoles,<sup>1</sup> Gilberto Hernández Sorí,<sup>2</sup> Disney Álvarez Concepción<sup>3</sup> y Tatiana Cañizares García<sup>4</sup>. Conducta suicida. factores de riesgo asociados Rev Cubana Med Gen Integr v.14 n.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. 1998 © 2011 1999, Editorial Ciencias Médicas ecimed@infomed.sld.cu

- 36 Ramos Boch A. Informaciones. Bibliomed sobre depresión e intento suicida. [serie en Internet] 2006 [citado 4 Nov 2010]; 23(1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23\\_01\\_07/mgi21107.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_01_07/mgi21107.htm)
- 37- Fernández, Rodríguez, L.J: Aspectos básicos de la salud mental en atención primaria. Editorial.Trotta: Madrid. España. 1999.
- 38-García, Fátima de los A. caracterización eco cultural y funcional de la familia del adolescente con intento suicida. Tesis de grado. Hospital Psiquiátrico Provincial "René Vallejo". Camaguey. 1999. P6-Ob.-Cit. P-5.
- 39- González M, Ricardo: Psiquiatría para médicos generales, ED. Científico-Técnica, Cuba, 1988.
- 40- Serfaty E. Suicidio en la adolescencia. Adolesc. Latinoam. [serie en Internet] Jul-sep 1998 [citado 4 Nov 2010]; 1(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-71301998000100007&lng=es&nrm=iso](http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71301998000100007&lng=es&nrm=iso)
- 41-Kaplan HI, Sadock BJ. Compendio de Psiquiatría. Suicidio. Edición Revolucionaria. 1987:592-97.
- 42- Louro, Bernal,I : Salud Familiar: disponible en [www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol.15-3-99/mgi13399.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol.15-3-99/mgi13399.htm). 2002(17)
- 43-Ministerio de salud Pública .Programa de prevención de la conducta suicida en Cuba.Ciudad de la Habana.1986(19)
- 44Dra. Edith Serfaty\*\_Suicidio en la adolescencia Adolesc. Latinoam. v.1 n.2 Porto Alegre jul./sep. 1998 ronaldps@plug-in.com.br
- 45Carlos Haquin F.<sup>1</sup>, Marcela Larraguibel Q.<sup>1</sup>, Jorge Cabezas A.<sup>2</sup>Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama Rev. chil. pediatr. v.75 n.5 Santiago oct. 2004 contacto@sochipe.cl
- 46Dra. Liuba Y. Peña Galbán,<sup>1</sup> Dra. Ludmila Casas Rodríguez,<sup>2</sup> Lic. Manuel Padilla de la Cruz,<sup>3</sup> Téc. Tania Gómez Arencibia<sup>4</sup> y Téc. Mayra Gallardo Álvarez<sup>5</sup>.Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes Rev Cubana Med Milit 2002;31(3):182-7
- 59 . López Blanco M. Cómo predecir un suicidio. [página en Internet] 2010 [citad 4 Nov 2010]; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en:

<http://www.elmundo.es/salud/303/09N0125.html>

47Arias Gutiérrez M, Marcos Fernández SG, Martín Jiménez M, Arias Gutiérrez JM, Deronceré Tamayo O. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo [página en Internet] 2009; 13(1). [citado: 21 noviembre 2008]. Disponible en:

[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_1\\_09/san05109.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san05109.htm)

48- Tatiana Zoila Ochoa Roca<sup>1</sup>, Maria Lucia Vásquez Concepción<sup>2</sup>, Maria de los Ángeles Carrasco Feria<sup>3</sup>, Marianela Sánchez Fernández<sup>4</sup>, Milca Sofía Cruz Casaus<sup>5</sup>. Epidemiología de la conducta suicida en la Policlínica Docente “René Ávila Reyes”. [página en Internet] 2009;1(1); [citado 3 Nov 2010] Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no131/n131ori10.htm>

49López Lavigne M, Simón Boada T, Shing Sing L. Intento suicida reiterado en la adolescencia..

[Monografía en Internet]. [Consultado 2007 Mayo 21]. URL disponible en:

[http://http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol1\\_1\\_97/san08197.pdf](http://http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol1_1_97/san08197.pdf)

**ANEXOS.****Anexo 1.****Acta de consentimiento informado.**

Yo \_\_\_\_\_ estoy en la entera disposición para participar en el desarrollo de una Estrategia Psicoeducativa preventiva la que recibiremos de conjunto padres e hijos que nos permitirá elevar nuestros conocimientos sobre los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia, brindaré la información de forma anónima y además podré retirarme cuando lo desee sin repercusión sobre mi persona.

\_\_\_\_\_

Nombre y apellidos.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Investigador.

\_\_\_\_\_

Firma

Fecha \_\_\_\_\_

**Anexo 2.****Guía de observación.**

**Objetivo:** Determinar factores de riesgo de intentos suicidas en adolescentes, con antecedentes de esta conducta, a partir de su comportamiento social e incidencia de las familias en ellos.

**Aspectos a observar:**

- 1.- Sexo
- 2.- Edad
- 3.- Nivel escolar
- 4.- Sexualidad. (Relaciones interpersonales, orientación sexual, relaciones de pareja)
- 5.- Antecedentes de intento suicida previo, en el caso de las adolescentes, asociado o no a enfermedades psiquiátricas, así como antecedentes de intento suicida en familiares tanto de primera línea como de segunda, también asociado o no a enfermedades psiquiátricas.
- 6.- Presencia de alteraciones psíquicas afectivas (tristeza, angustia, depresión, ansiedad, labilidad afectiva, euforia)
- 7.- Métodos suicidas. (Envenenamiento, ahorcamiento, precipitación de alturas, ahogamiento, quemaduras, cortaduras, disparos)
- 8.- Métodos educativos familiares.

**Anexo 3.****Encuesta.**

Estimado(a) paciente, nos encontramos realizando una investigación dirigida a un estudio sobre el conocimiento de los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia, en adolescentes y familias del Consejo Popular de Florencia. Esperamos, como siempre, su colaboración y le pedimos que sea lo más sincero(a) posible en sus respuestas, no es necesario escribir su nombre pues el estudio no lo requiere.

Muchas gracias

**TACHE CON UNA CRUZ (x) CUÁL O CUÁLES DE LOS SIGUIENTES ASPECTOS ESTÁN RELACIONADOS CON USTED.**

**1-Edad:**

**10-14 años** \_\_\_\_\_

**15 -19** -----

**27-30** \_\_\_\_\_

**31-34** \_\_\_\_\_

**a) Relacionado con estos grupos de edades, cuál o cuáles consideras que son un factor de riesgo para el intento suicida. \_\_\_\_\_**

**2-Sexo: F** \_\_\_\_\_ **M** \_\_\_\_\_

**a) En caso de ser femenino, consideras que esta condición es un factor de riesgo para el intento suicida en la adolescencia. Si** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_ **Explique su respuesta.**

**3-Estado civil:**

**- Soltero** \_\_\_\_\_

**- Casada** \_\_\_\_\_

**- Unión estable** \_\_\_\_\_

**a) Consideras que la relación de pareja influye en las conductas autodañinas en las personas. Si** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_ **Explique su respuesta.**

**4-Nivel educacional:**

- Estudios primarios concluidos\_\_\_\_\_
- Estudios secundarios concluidos\_\_\_\_\_
- Estudios pre- universitarios concluidos\_\_\_\_\_

a) Consideras que el intento suicida en la adolescencia está relacionado con el nivel educacional alcanzado. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique su respuesta.

**5-Antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas.**

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**6-Antecedentes personales de enfermedades psiquiátricas.**

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

a) Consideras que el intento suicida en la adolescencia está relacionada con los antecedentes de enfermedades psiquiátricas tanto personales como familiares. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique su respuesta.

**6- Antecedentes de realizar intento suicida en la familia:**

Madre \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_

Hermanos \_\_\_\_\_

Otros familiares \_\_\_\_\_

a) Piensas que el hecho de tener antecedentes familiares de intento suicida es una condición para repetir esta conducta. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique su respuesta.

**7-Ha realizado algún intento suicida anteriormente.**

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Número de intentos \_\_\_\_\_

**8- ¿Que les motivó a realizar el intento suicida?**

Dificultades con la pareja. -----	Dificultades con madre, padres o hermanos. -----	Dificultades con otros familiares. -----	Dificultades en el ámbito laboral o estudiantil. -----
Otros-----			

**9-¿Cómo te sentiste emocionalmente en el momento de realizar el intento suicida?**

Triste\_\_\_\_\_

Deprimida \_\_\_\_\_

Subvalorada\_\_\_\_\_

Ansiosa\_\_\_\_\_

a) Qué opinas sobre la influencia de estos estados emocionales para tener una conducta suicida.

**10-¿Como es la situación emocional cotidiana en el hogar?**

Comprensiva\_\_\_\_\_

Agresiva\_\_\_\_\_

Tensa\_\_\_\_\_

Comunicativa \_\_\_\_\_

a) Crees que los problemas familiares determinan en la decisión de auto agredirte. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique su respuesta.

**11-Método utilizado**

Ingestión de tableta\_\_\_\_\_

Ingestión de sustancias tóxicas\_\_\_\_\_.

Arma de Fuego. \_\_\_\_\_

Ahorcamiento incompleto \_\_\_\_\_

Ahogamiento incompleto\_\_\_\_\_

Arma blanca\_\_\_\_\_

Precipitación de altura. \_\_\_\_\_

Ahorcamiento incompleto -----

Ahorcamiento incompleto\_\_\_\_\_

Quemadura\_\_\_\_\_

a) Conoces con anterioridad los efectos del método utilizado en el intento suicida. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique su respuesta.

**12-¿Considera que atentar contra su vida es una solución a sus problemas?**

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique su respuesta

**13-¿Aceptarías ayuda especializada?**

**Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Explique su respuesta**

**a) Opinas que la ayuda especializada es una vía para evitar la repetición del intento suicida en la adolescencia. Fundamente su respuesta.**

**Anexo 4.****Aspectos de la Historia Clínica y Ficha Familiar****Modelo de Historia Clínica tiene en cuenta los siguientes aspectos:**

- Numero de la Historia Clínica (HC)
- Datos generales personales: Nombres y Apellidos, Sexo, Color de la piel, Escolaridad, Estado Civil, Carné de identidad y Grupo RH.
- Número de Consultorio, Fecha de Nacimiento, Área de Salud, Dirección Particular.
- Esquema de vacunación.
- Grupo Dispensarial.
- Historia Personal: Antecedentes Patológicos Personales y Familiares
- Curvas de peso y talla
- Índice de Masa Corporal
- Tensión Arterial
- Hábitos Tóxicos
- Citología
- Examen de Mama
- Tacto Rectal
- Control del riesgo reproductivo preconcepcional
- Informe de la Historia Psicosocial
- Consultas y terrenos según la programación.

**Modelo de Ficha Familiar tiene en cuenta los siguientes aspectos:**

- Modelo 53 – 67. Planificación de Acciones de Salud.
- Modelo 54 – 50. Historia de Salud Familiar.
- Modelo 54 – 51. Evolución de la Familia

**Anexo 5.****Convenio Investigador-Centro de Salud Mental.**

De una parte: Dra. Geisel Cepero Luna.

De otra parte: Anni Liset Hernández Rodríguez. Directora del Centro de salud Mental del Consejo Popular de Florencia

Ambas partes reconociendo la personalidad con que comparecen:

Acuerdan:

Lic.: Dra. Geisel Cepero Luna.

- Elaborará una intervención psicoeducativa preventiva para elevar el conocimiento sobre los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia, en adolescentes y familias de Consejo Popular de Florencia.
- Trabajará en la institución desde septiembre del año 2011 hasta mayo del año 2012.
- La intervención consta de actividades prácticas y favorecerá al bienestar biopsicosocial.

Directora.

- Garantizará la participación de todos los incluidos en el estudio.
- Colaborará con el horario y desarrollo de las actividades que se planifiquen.

Y para que así conste firmamos la presente en Florencia, Ciego de Ávila, el 5 de septiembre del 2011. "Año 53 de la Revolución".

---

Dra. Geisel Cepero Luna.

---

Firma

---

Anni Liset Hernández Rodríguez

---

Firma