

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

“DR. JOSÉ ASSEFYARA”

TÍTULO: “Factores de riesgo del intento suicida en adolescente de 10 -
19 años del municipio Ciego de Ávila”.

AUTORA: Dra. Yaimara Herrera Delgado

2015

UNIVERSIDAD MÉDICA DE CIEGO DE ÁVILA

“DR. JOSÉ ASSEFYARA”

TÍTULO: “Factores de riesgo del intento suicida en adolescente de 10-19 años del municipio Ciego de Ávila”.

Trabajo de terminación de la residencia para optar por el título de Especialista en 1er grado de Medicina General Integral.

AUTOR: Dra. Yaimara Herrera Delgado

Aspirante a Especialidad de Primer Grado en Medicina General Integral

TUTOR: MSc. Odalys Rodríguez Martín.

Especialista de Primer Grado en Bioestadística.

Profesora Asistente. Investigador Agregado

2015

Pensamiento

El mayor pago que se puede recibir es saber que hay un ser humano que no sufre, una familia que sonrío y una sociedad que recupera una de sus integrantes.

José Martí

D e d i c a t o r i a

En mi carrera profesional he tenido personas que han sido necesarios para el asesoramiento hacia el futuro y otras que me han guiado, ayudado y orientado el camino a seguir, pero existen algunas que han decidido mi porvenir.

Dedico este trabajo a todos mis seres queridos y en especial a Francisca 7C por hacerme hoy en día una profesional de bien.

A todas las personas que laboraron para la realización de este trabajo.

A mi mamá, mis profesores de todos los años.

A la Revolución Cubana que gracias a ella Soy

Agradecimientos

M S c . O d a l y s R o d r í g u e z M a r t í n .

E s p e c i a l i s t a d e p r i m e r G r a d o e n B i o e s t a d í s t i c a .

A t o d a s l a s p e r s o n a s q u e t u v i e r o n r e l a c i ó n c o n e s t e t r a b a j o

RESUMEN

La conducta suicida representa un problema de salud pública internacional. El Sistema Nacional de Salud en Cuba, brinda una atención cada vez más integral a los problemas que afectan el estado de salud del hombre y su familia. El objetivo de la investigación fue identificar los factores de riesgo del intento suicida en adolescente en edades comprendidas entre 10 a 19 años del municipio Ciego de Ávila. Se realizó un estudio analítico retrospectivo de casos y controles. Del universo de adolescente la muestra quedó constituido por un grupo de 30 casos que realizaron intentos suicidas registrados en estadística municipal por tarjetas de Enfermedades de Declaración Obligatoria, que acudieron a los servicios de salud de enero de 2013 a diciembre de 2014 y cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Para medir la significación de la asociación se realizó un análisis bivariado entre las variables independientes y la variable dependiente, mediante la prueba de independencia Chi cuadrado de Pearson se consideró un nivel de significación de 0,05. En la muestra estudiada predominó el sexo femenino y el grupo de edad 15-19 años, desocupados laboralmente. Los factores de riesgo identificados fueron, tenencia idea suicida, depresión, consumo de droga, tratamiento psiquiátrico anteriores, familias disfuncionales, familias con antecedentes psiquiátricos, APF con intento suicida.

Palabra Clave:

Factor de Riesgo, Intento Suicida, Conducta Suicida.

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida representa un problema de salud pública internacional. El Sistema Nacional de Salud en Cuba, brinda una atención cada vez más integral a los problemas que afectan el estado de salud del hombre y su familia¹⁻³.

Diversas investigaciones han identificado etapas previas al suicidio consumado, como la ideación suicida, que es la idea de quitarse la vida, pensamientos de falta de valor o deseos de muerte, e intentos suicidas en los cuales no necesariamente se busca la muerte (en ocasiones existen otras motivaciones como pretender ganar algo o castigar a alguien)⁴.

Las expresiones de la conducta suicida incluyen entre otras: el intento suicida, definido como un acto auto lesivo con cualquier grado de intención letal; el parasuicidio, o acto no mortal de autolesión deliberada; y la ideación suicida, constituida por pensamientos, planes o deseos persistentes de cometer suicidio^{4, 5}.

El intento suicida es cualquier acción mediante el cual el individuo, se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención^{3, 6}.

La prevalencia de ideación suicida en la población, según algunos autores, oscila entre el 10 y el 28 %; y la del intento suicida alguna vez en la vida entre el 3 y el 5 %.

El suicidio es un problema serio de salud pública, por lo que es necesario focalizar la atención en estrategias preventivas que reduzcan conductas autodestructivas que puedan llegar a ser mortales, así como la detección de factores de riesgo y precipitantes que desencadenan la conducta suicida^{6,7}.

En la actualidad se llevan a cabo en Cuba más de cien programas que contribuyen a incrementar la seguridad, el bienestar y la calidad de vida de toda la población, aspectos fundamentales en la prevención general del suicidio⁷.

Cuba es uno de los pocos países en el mundo que cuenta con un Programa Nacional de Prevención del suicidio vigente desde 1989 y que tiene como objetivo

fundamental evitar el primer intento suicida, su repetición y el suicidio consumado, lo que ha permitido una sensible reducción de la mortalidad por esta causa ⁷

El estudio de la conducta suicida cobra especial relevancia si se considera la necesidad de idear y ejecutar medidas preventivas. Al lograr comprender y evitar los intentos de suicidio, se podría evitar posteriores suicidios consumados. ⁷

El estudio de las conductas suicidas, desde el punto de vista epidemiológico, es diferente al suicidio consumado, que se basa en gran medida en estadísticas recolectadas por las instancias oficiales a través del certificado de defunción. En el caso del intento de suicidio, no hay organismo que disponga de información veraz sobre este problema ya que en algunos países no es obligatorio reportarlo y mucho menos se recoge el reporte de la ideación o los planes suicidas. Solamente en algunas ciudades de algunos países europeos se ha diseñado un sistema de reportes de casos de intentos de suicidio para estudiar este fenómeno. Incluso en estas circunstancias, estos sistemas se encuentran limitados a un proyecto de investigación ⁸.

En Cuba para identificar la incidencia de los intentos de suicidio, se ha establecido en todo el país el llenado de la tarjeta de EDO (Enfermedades de Declaración Obligatoria), pero aún existen fallos en el sistema., quedando gran cantidad de casos en la morbilidad oculta ^{7,8}

El intento suicida y el suicidio son las dos formas más representativas de la conducta suicida; aunque representan un recorrido que va desde la idea suicida hasta el suicidio. Según la Organización Mundial de la Salud, el suicidio está en aumento y se ubica entre las 10 primeras causas de muerte. En la población joven se encuentra en las dos primeras causas de muerte. Se estima que al menos 1 000 personas se suicidan cada día ^{3, 6, 7,8}

Las estadísticas de intentos de suicidio son impresionantes, y sin embargo apenas se aproximan a situación de sub-registro lleva a estimaciones que afirman que por cada la realidad, pues sólo se registra y se atiende uno de cada cuatro intentos de suicidio. Este suicidio consumado pudieron haber existido 12, 15 o hasta 20 intentos no registrados ^{7,9.}

En un año fallecen por esta causa cerca de un millón de personas y se estima que para el 2020 alcanzará la cifra de millón y medio de seres humanos que deciden quitarse la vida. En Cuba existe una tendencia al aumento de los intentos suicidas, aunque ha mejorado el reporte de los mismos, saliendo a flote la morbilidad oculta que existía en relación a esta problemática. Las causas del suicidio no se conocen con certeza. Se considera que el suicidio es una causa de muerte multi variada, con influencia de factores biológicos, psicológicos, sociales, existenciales, genéticos, etcétera⁷

En literatura internacional revisada existe un predominio del sexo femenino sobre el masculino, con un rango de edad de 13 a 64 años, siendo los más afectados de 20 a 29 años entre los motivos que precipitaron el intento del suicidio fueron conflictos familiares y conyugales y los diagnósticos más frecuentes asociados son trastornos depresivos mayor, dístimia, trastornos psicóticos, abuso de alcohol y sustancias psicotrópicas⁸.

El suicidio en la adolescencia es un problema de salud pública que afecta el entorno social, afectivo y económico de familiares y amigos. Las principales causas de muerte en jóvenes son: accidentes vehiculares, homicidios y suicidios con prevalencia mayores en hombres que en mujeres^{8, 9}.

La mortalidad por suicidio entre los adolescentes y jóvenes está incrementándose, particularmente en los varones por lo que se hace necesario su prevención. Para lo cual deben involucrarse no sólo el personal profesional de la salud pública, sino la familia, los maestros y amistades⁹.

Se consideran factores de riesgo en esta etapa la eclosión de la enfermedad mental, trastornos del humor y la esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo, depresivos, los niños con antecedentes de riesgo suicida, los que hayan realizado tentativa de suicidio o suicidio frustrado, los que presenten alteraciones en su comportamiento sexual en forma de precocidad, promiscuidad, abortos, embarazos no deseados u ocultos, masturbaciones compulsivas, víctimas de abuso sexual, violación. Debe tenerse presente además las variaciones en el comportamiento escolar, la presencia de amistades con conducta suicida previa, la inadaptación de determinados regímenes escolares o militares. En el hogar hay

que tener en cuenta la identificación con familiares suicidas, deprimidos o alcohólicos; o la convivencia con un enfermo mental como único pariente, dificultades socioeconómicas, permisividad en el hogar de determinadas conductas antisociales, presencia de familiares antisociales, criminales⁹.

Países como Nicaragua se estima que la tasa de suicidio está entre 7-10 * 100 000 habitantes y que más del 60% de estos casos guardan relación con problemas de salud no atendidos como la depresión y el alcoholismo^{9, 10}.

En España y Latinoamérica el fenómeno está en aumento. En los últimos años, en Bogotá y Colombia, el grupo de 16 a 30 años de edad ha ocupado el primer lugar en frecuencia de suicidios. De los factores de riesgo (FR) para suicidio juvenil el método descrito es el intento suicida previo. También están la depresión mayor, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, la personalidad limítrofe o psicopática. Los FR psicológicos incluyen conflictos, pérdidas y cambios en las relaciones interpersonales y la desesperanza aprendida. También, familias disfuncionales, maltrato o abuso sexual infantil. El sentimiento de soledad y conductas autodestructivas.¹⁰

Estudios internacionales presentan al intento de suicidio como el principal factor de riesgo para el suicidio consumado⁶, siendo mayor el riesgo durante el primer año. La evidencia muestra que del 30 % al 60 % de las muertes suicidas han sido precedidas por intentos.¹¹

El que intenta suicidarse experimenta desesperanza y desvalimientos, conflictos ambientales entre la vida y el estrés, sin la posibilidad evidente de cambio o mejoría^{11, 12}.

La ausencia de manifestaciones afectivas en el hogar, la comunicación escasa o inadecuada en el seno familiar son factores identificados en el intento suicida.¹⁰

Los motivos principales para estudiar las conductas suicidas, aparte del suicidio consumado, radican no sólo en el malestar mental y sufrimiento psíquico que pueden producir consecuencias físicas de primera magnitud, sino que es un antecedente fundamental de un posterior suicidio consumado. Es frecuente que un acto que llevó a una muerte por suicidio esté precedido por una serie de

intentos fallidos previos. Por tal motivo si se logra evitar los intentos de suicidio, se evitarán posteriores suicidios consumados.¹³

Debe suscitarse modos de vidas saludables, como la práctica sistemática de deportes, sexualidad responsable, no hábitos tóxicos, desarrollar múltiples intereses que les permitan a los adolescentes un uso adecuado de su tiempo libre. Debe de inculcarse el amor al estudio, al trabajo, a los hijos, a la familia a los amigos, la generosidad, buenos modales, la caballerosidad, respeto, tolerar frustraciones, y sobre todo confiar en sí mismo y en los demás. Lograr que el adolescente aprenda a exponer y a defender sus ideas hasta que se convenza de su equivocación, no alimentar rasgos negativos como egoísmo, envidia el fraude, la cobardía, las habladurías.^{12, 13}

La detección precoz del comportamiento anormal de eventos de salud constituye uno de los pilares sobre los que descansa la vigilancia en salud. La posibilidad de preparar una intervención oportuna garantiza a las autoridades sanitarias la reducción de las consecuencias, en ocasiones letales, derivadas de enfermedades y otros daños¹⁴.

Por lo expuesto anteriormente el presente estudio pretende contrastar la siguiente Hipótesis Científica: La identificación de los factores de riesgo del intento suicida en los adolescentes del municipio Ciego de Ávila, pudiera proporcionarle una atención oportuna a adolescentes con ideas suicidas acrecentando la calidad de vida de los mismos. Se plantea como problema de investigación que se desconocen los verdaderos factores de riesgo de intento suicida en el municipio Ciego de Ávila.

OBJETIVOS

General

Identificar los Factores de Riesgo del intento suicida en adolescente de 10-19 años del municipio Ciego de Ávila en el periodo comprendido de enero 2013 a diciembre 2014

Específicos

- Describir el comportamiento del intento suicida en el municipio Ciego de Ávila según variables: sexo, grupo de edad, área de salud, nivel de escolaridad y ocupación.
- .Evaluar la existencia de posible asociación entre determinados factores de riesgo y el intento suicida.

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.^{14,15}

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.

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.¹⁶

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 100 000.¹⁷

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.¹⁸

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.¹⁹

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%.²⁰

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.²¹

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.²² El bajo nivel escolar y no poseer vínculo laboral son situaciones que tienen una estrecha relación causal con la ocurrencia del IS.

Suicidio: Acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada.

Riesgo Suicida: Posibilidad de que un paciente atente deliberadamente contra su vida. Dicho riesgo se incrementa si existen ideas de minusvalía, amenazas y tentativas suicidas.

Intento Suicida: Intento de autoeliminación o autolesión intencionada, es el acto sin resultado de muerte en que el sujeto se hace daño a sí mismo.

Suicidio accidental: El realizado con un método del cual se desconoce su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el

desenlace fuera la muerte, no deseada por él, sujeto al llevar a cabo el acto. También se incluyen los casos en los que no se previeron las complicaciones posibles, como sucede en la población penal, que se auto agreden sin propósito de morir, pero las complicaciones derivadas del acto, privan de la vida (inyección de petróleo en el cuerpo, introducción de alambres hasta el estómago o por la uretra.

Suicidio consumado: Es el intento que ha tenido éxito, bien como respuesta a auténticos deseos suicidas o como casualidad no deseada.

El suicidio en Cuba se encuentra dentro de las 10 primeras causas de muerte en la población general, con tasas de 12,2 por 100 000 habitantes para el año 2009, 13,7 por 100 000 habitantes para el año 2010 (1539 defunciones) y 13,5 por 100 000 habitantes en el 2011, ocupando el noveno lugar de las principales causas de muerte en todas las edades, con cierta tendencia al crecimiento, que se experimentó fundamentalmente a partir del año 2009.^{24,25}

El suicidio constituye un tema de especial interés si se trata de comprender la complejidad del ser humano. De este modo, su frecuencia parece aumentar durante la pubertad, y se incrementa progresivamente en los años adolescentes.¹⁴

La adolescencia como tal, engloba varios factores potenciales de intentos suicidas, en contraposición, los más envejecidos lo intentan menos y lo consuman más. Recientemente se ha registrado que el bajo nivel escolar y no poseer vínculo laboral son situaciones que tienen una estrecha relación causal con la ocurrencia del IS.²⁵

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^{23,25}

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.²⁵

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 Bordelinde, que se caracteriza por disminución del coeficiente intelectual, depresión y abuso de drogas o alcohol.²⁶

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 auto eliminará 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, en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años.^{24, 26}

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, tenían familiares con conducta suicida. Los suicidios son más frecuentes entre los familiares de quienes han realizado un intento o se han suicidado.²⁷

CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE EL SUICIDIO

El suicidio es una forma de conducta que no encuentra parangón alguno en los animales, solamente el ser humano atenta contra su propia vida como un acto consiente. Para Emile Durkheim el suicidio es considerado como el resultado de una inadecuada integración del individuo en la sociedad, consideraciones teóricas e implicaciones en los centros penitenciarios. En el presente trabajo será

entendido como: "el acto consciente de aniquilación auto inducida, (...) como un malestar multidimensional en un individuo necesitado que delimita un problema para el que el acto sea percibido como la mejor solución" (Gilbert, W. 2001). Se han reportado épocas y lugares donde los incrementos de los índices de suicidios son alarmantes, tal y como ocurrió en las Guerras Mundiales o en la Gran Depresión de 1929 de los Estados Unidos. Incluso se conocen casos de suicidios colectivos como el de Johnstown. Guyana, a finales de 1978, llevado a cabo por una secta religiosa, sin embargo, este tipo de conductas suele manifestarse a niveles individuales y por motivos específicos. Estudios realizados plantean que diariamente se producen en el mundo alrededor de 1000 muertes por suicidio y 10 000 intentos suicidas, aunque algunos autores suponen que la cifra real duplica o triplica la señalada debido al subregistro de estos hechos, ya sea por razones económicas, religiosas, políticas o por evitar el estigma sociocultural.^{27,28}

El suicidio se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte en la mayoría de los países y sus índices se relacionan con la complejidad social (González, R. 2006). Las causas de este tipo de comportamiento no están definidas con exactitud, sin embargo, existen teorías que ponen el predominio en causas biológicas, psicológicas o sociales, partiendo de una epistemología dialéctica, se considera que la interrelación entre las tres causas dan al traste con el origen de las conductas suicidas. Según el psiquiatra Ricardo Gónzales (2006), existen factores de riesgo para esta conducta que son claramente definibles en los individuos, dentro de los que destacan:

Enfermedades psiquiátricas, abuso de sustancias, el estado psicológico, las situaciones culturales, familiares y sociales y la genética, frecuentemente, coexisten las enfermedades mentales y el abuso de sustancias.

La genética es la causa de entre el 38% y el 55% de los comportamientos suicidas por otro lado, los veteranos de guerra tienen un mayor riesgo de suicidio debido, en parte, a una mayor incidencia de enfermedades mentales y a problemas de salud relacionados con la guerra.²⁹

La respuesta afectiva caracterizada por un estado de ánimo triste, de malestar, insatisfacción. Es el síntoma fundamental de los trastornos depresivos.

Inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica la existencia de muchos períodos de depresión y de euforia leves. Ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada y molesta.

Este tipo de conducta tiene varias motivaciones para su ejecución, sin embargo, destacan la pérdida de un ser querido, dolores crónicos, físicos o emocionales, escapar de circunstancias dolorosas o vergonzosas, también como un acto de venganza contra otra persona o por miedo. En sentido general, la percepción por parte de la persona de que la vida es tan dolorosa que sólo la muerte puede proporcionarle alivio y la imposibilidad de utilizar otros recursos psicológicos para su afrontamiento. La forma de suicidio varía de acuerdo a las costumbres y normas sociales. En los países donde está autorizado el uso de las armas de fuego se reportan estos hechos utilizando mayoritariamente este medio. Sucede lo mismo con las vías del metro, donde cada año se reportan considerables cifras de suicidios y con las grandes ciudades llenas de edificios que sirven para arrojarse al vacío.^{29,31}

Estudios realizados por el Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas en nuestro país arrojan que los principales períodos de ocurrencia de estos hechos son en las primeras horas de la mañana, pues supone el enfrentar un nuevo día. También se conoce que el método empleado difiere entre hombres y mujeres, pues los primeros, utilizan como tendencia el ahorcamiento, mientras que las segundas generalmente se suicidan por quemaduras.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el suicidio dentro de las cinco principales causas de mortalidad entre los 15 y 19 años mientras que en naciones como Irlanda, Israel y Noruega hubo un crecimiento explosivo, en Yugoslavia y Suecia disminuyó. En las últimas décadas los países de Europa del Este muestran la mayor incidencia anual de suicidio consumado.

La tasa de suicidio para este rango etéreo de la Región Metropolitana (RM) fue de 8,83 por 100.000 habitantes el año 1990 y de 9,28 por 100.000 habitantes el año 2005 (Estadísticas suicidio 1990-2005. Servicio Médico Legal de Santiago. Chile). Sin embargo, se debe considerar que los registros de muerte por suicidio están

subestimados, ya que dentro de la tasa de muerte por causa indeterminada debe existir un grupo importante que pertenece a suicidas.^{29, 31,34}

En España en el 2010, el número de pacientes que intenta suicidarse es cada vez mayor y su desenlace fatal ocupa una de las principales causas de mortalidad general y es en el presente la primera causa de muerte no natural, por encima de los fallecimientos a causa de accidentes de tráfico. Según datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística, se suicidan cada año algo más de tres mil personas y estos suicidios se mantienen en cifras similares de un año a otro, de 3.3 en 2007 y 3.4 en 2008 a 3.5 en 2009.^{31,34}

Se estima que la tasa de suicidio por cada 100 000 habitantes en América Latina era de 3.9 en el año 1985 con un aumento de 4.1 en el año 2000 y algunos investigadores aseveran que el mismo pasara a la 10ma posición como causa de muerte en el año 2020. Si se tiene en cuenta que no todos los que intentan suicidarse lo logran sería llamativa entonces la cifra de intentos de suicidios que según las estadísticas será de 8 o 9 veces mayor reportándose que miles de intentos suicidas ocurren diariamente en el mundo.^{33, 34,35}

En Cuba, el suicidio ocupa el 6to lugar dentro de las causas de muerte en todos los grupos de edades y la 2da causa entre los 10 y 19 años de edad. Si bien las tasas de morbimortalidad no son tan elevadas como en otros países, principalmente aquellos que pertenecen al llamado primer mundo, el aumento considerable de conductas suicidas, dentro de ellas los intentos suicidas ha sido un tema de preocupación en los últimos veinte años, motivando así a la búsqueda de métodos que permitan a la sociedad identificar, afrontar y prevenir este tipo de actos. De ésta manera, surge uno de los programas nacionales implantados por el MINSAP en Cuba y es el de Prevención y Control de la conducta suicida, vigente desde la década de los 80 del pasado siglo, para la reducción de los indicadores de morbimortalidad por conducta suicida, la optimización de la atención a toda persona que haya tenido semejante conducta, la detección de grupos de riesgo en la población, etc. La creación de los centros comunitarios de salud mental permite prestar atención a la promoción de salud y prevención de los adolescentes en riesgo

Como problema de salud pública el intento suicida ha adquirido especial relevancia en las últimas décadas, Para el año 2000 las tasas de mortalidad por suicidio superan la media nacional (16.4 x 100 000 habitantes) en las provincias de La Habana, Matanzas, Sancti Spíritus, Las Tunas, Holguín, Granma, Isla de la Juventud.^{37,40}

En el año 2007 la tasa de mortalidad por suicidio en el país alcanzó el 11.1 por 100 000 habitantes, siendo las provincias Las Tunas, Villa Clara, Matanzas, Holguín, Ciego de Ávila, Granma, Cienfuegos y el municipio especial Isla de la Juventud, las que superan el indicador nacional.

En la provincia de Ciego de Ávila se han realizado y publicado estudios que exhiben una breve panorámica del intento suicida revelando resultados impresionantes en cuanto a la edad de comienzo del intento suicida y los métodos empleados. El grupo de 15 a 19 años es el que más ha incidido y la ingestión de psicofármacos, ahorcamiento e ingestión de tabletas los métodos más empleados, entre los psicofármacos el nitrazepán, diazepán, amitriptilina, y clonazepán. El gravinol y teofilina las tabletas más usada y entre las sustancias el kerosene.^{40,}

42,43

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio analítico retrospectivo de casos y controles para identificar los factores de riesgo del intento suicida en adolescentes en edades comprendidas entre 10 a 19 años de edad en el municipio Ciego de Ávila de Enero 2013 a Diciembre 2014.

Definición del universo y muestra:

El universo de adolescente fue de 50 y la muestra quedó constituida por un grupo de 30 adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión – exclusión, en edades comprendidas entre 10 a 19 años del municipio Ciego de Ávila que realizaron intentos suicidas registrados en estadística municipal por tarjetas de EDO que acudieron a los servicios de salud de enero del 2013 a diciembre del 2014. Por cada caso se escogió un control integrado por adolescentes que no hicieron intentos suicidas pertenecientes al área de salud de los casos y con características similares en cuanto a sexo y grupo de edad para establecer una adecuada razón de productos cruzados y medir la asociación de los factores de riesgo

Criterios de inclusión:

Que el personal sometido a la investigación este de acuerdo en participar, lo cual se expresará mediante el Consentimiento Informado.

Pacientes con edades comprendidas entre 10 y 19 años de edad

Criterios de exclusión:

Pacientes menores de 10 años. y mayores de 19 años.

Criterios de salida:

Que luego de su inclusión en el estudio el paciente decida salir de este.

VARIABLES UTILIZADAS

Operacionalización de las variables				
VARIABLES	Tipo	Escala de clasificación	Descripción	Indicador
Área de Salud	Cualitativa nominal politémica	Policlínico Norte, Centro, Sur, Belkis y Ceballos.	Unidad básica de salud de residencia	Valor absoluto y porcentaje
Edad.	Cuantitativa continua	10 a 14 15 a 19	Años cumplidos	Valor absoluto y porcentaje
Escolaridad	Cualitativo Ordinal	Primaria Preuniversitario Secundaria Universitario	Nivel escolar terminado	Valor absoluto y porcentaje
Ocupación	Cualitativa nominal politémica	Estudiante Obrero Técnico medio Cuentapropista Sin ocupación	Actividad laboral actual	Valor absoluto y porcentaje
Régimen de estudio	Cualitativa nominal dicotómica	Externo Interno	Según refiera el paciente	Valor absoluto y porcentaje
Ideación	Cualitativa	Si	Idea de quitarse la	Valor

suicida	nominal dicotómica	No	vida, pensamientos de falta de valor o deseos de muerte	absoluto y porcentaje
Conflictos asociados	Cualitativa nominal politómica	Problemas de pareja Termino de una relación amorosa Problema familiar Problema laboral Problema escolar Pérdidas (status, ser querido, muerte otros) Problemas Económicos Embarazo no deseado, aborto Falta de empleo Problemas legales o disciplinarios Decepción con los resultados escolares y fracaso en los estudios Infección con VIH u otras enfermedades de transmisión sexual Enfermedad física grave o incapacitantes	Referidos por el encuestado	Valor absoluto y porcentaje

Depresión	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según refiera el encuestado	Valor absoluto y porcentaje
Consumo de alcohol	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Criterio individual del entrevistado	Valor absoluto y porcentaje
Consumo de drogas	Cualitativa nominal politómica	Nunca Pocas veces Varias veces Con frecuencia Muchas veces	Consumo tranquilizantes, sedantes.	Valor absoluto y porcentaje
Tratamiento psiquiátrico anteriormente	Cualitativa nominal politómica	Si No Desconoce	Criterio individual del entrevistado	Valor absoluto y porcentaje
Familias disfuncionales	Cualitativa nominal politómica	Bajo apoyo familiar Presencia de desórdenes psiquiátricos en particular emocionales Abuso de alcohol y sustancias, o comportamiento antisocial en la familia. Familia violenta y	Referido en las HC	Valor absoluto y porcentaje

		abusiva (incluyendo abusos físicos y sexuales del niño Poca comunicación dentro de la familia entre padre e hijos Peleas frecuentes entre los padres o cuidadores con agresión y tensiones. Divorcio, separación o muerte de los padres o cuidadores Padres o cuidadores con autoridad excesiva o inadecuada;		
Familiares con antecedentes psiquiátricos	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Familiares de primer grado de consanguinidad que padecen trastornos mentales	Valor absoluto y porcentaje
Antecedentes de intento suicidio en familiares	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Familiares de primer grado de consanguinidad o con el cual el paciente se ha identificado	Valor absoluto y porcentaje

Variable dependiente: Evaluación de Intento suicida.

Variables independientes: Factores de riesgo descritos en la literatura.

Variables confusoras: Edad, sexo.

La investigación se llevó a cabo en varios momentos:

En un primer momento se recogió la información necesaria en una encuesta para el control y la tipificación de la conducta suicida validada en estudios anteriores y valorados por especialistas en el tema adaptándola a nuestro entorno. En un segundo momento se identificaron los factores de riesgo asociados a la ideación e intento suicida. Para medir la significación de la asociación se realizó un análisis Bivariado entre las variables explicativas o independientes y la variable de respuesta o dependiente, mediante la prueba de independencia Chi cuadrado de Pearson se consideró un nivel de significación de 0,05 de probabilidad de cometer el error tipo I. Se empleó el programa Epidat 3.1 para datos agrupados y como medida de la intensidad de la asociación se empleará el "odds ratio" (razón de productos cruzados), con un nivel de significación de 0.05.

Se plantearan las Hipótesis

H₀: Independencia. No existe asociación

H₁: No existe Independencia. Existe asociación.

Si $p < 0.05$ se rechazó la hipótesis nula de No asociación existiendo asociación estadística significativa entre el posible factor de riesgo y el intento suicida.

Interpretación del valor de Odds Ratio

OR = 1 Factor de exposición no se considera un factor de riesgo de la enfermedad, el intervalo de confianza contiene al 1

OR > 1 Factor de exposición se consideró factor de riesgo de la enfermedad, el intervalo de confianza no contiene al 1 y su límite inferior debe ser mayor que uno.

OR < 1 El factor de exposición se consideró un factor de protección de la enfermedad, el intervalo de confianza no contiene al 1 y su límite superior debe ser menor que 1

Toda la información fue llevada a una base de datos confeccionada en el programa SPSS versión 18.0 en español para Windows. Resumida en frecuencias absolutas y porcentajes y presentadas en cuadros y gráficos estadísticos. Se calcularon las medidas de resúmenes para variables cualitativas y cuantitativas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Los expertos y adolescentes seleccionados para integrar la muestra fueron informados acerca de la importancia de la investigación y se les solicitó de forma verbal su consentimiento para su participación. Los instrumentos fueron anónimos y confidenciales se les explicó que es con fines científicos. Se realizó las coordinaciones correspondientes para garantizar la calidad de la información.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tema: Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes de 10-19 años en el municipio de Ciego de Ávila

El suicidio en la adolescencia es un problema de salud pública que afecta el entorno social, afectivo y económico de familiares u amigos con una tendencia al aumento de los intentos suicidas en edades tempranas. Son mayoritariamente chicos, de carácter impulsivo y agresivo, con depresión, ansiedad u otro tipo de psicopatología, que, además, abusan del alcohol u otras sustancias. Este es a grandes rasgos el perfil de los adolescentes que acaban quitándose la vida.

Tabla 1. Distribución de los pacientes con intento suicida según escolaridad y procedencia.

Nivel de Escolaridad	Área de salud											
	Belki		Centro		Sur		Norte		Ceballos		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Primaria	--	--	--	--	--	---	---	---	1	8	1	3
Secundaria	1	8	2	17	2	17	2	17	3	17	10	33
Preuniversitario	4	33	1	8	2	17	5	17	2	17	14	47
Universitario	--	--	--	--	2	17	2	28	1	8	5	17
Total	5	28	3	17	6	50	9	30	7	39	30	10

Fuente: Estadística Provincial.

En cuanto al nivel de escolaridad hubo predominio en el Preuniversitario, y el área de salud Nortes, con 9 adolescente seguido por Ceballos con 7, el Sur con 6, el Belki con 5 y el Centro con 3 fue la que reporto más casos. Estudios realizados reportan que el intento suicida en el adolescente es más frecuente cuando prevalece el nivel de escolaridad preuniversitario. Programa de prevención de la conducta suicida en Cuba. Ciudad de la Habana.²⁴

Tabla2 Distribución de los pacientes con intento suicida según grupos de edades y sexo

Grupos de Edades (años)	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
10 - 14	7	39	6	50	13	43
15 - 19	11	61	6	50	17	57
Total	18	100	12	100	30	100

Fuente: Estadística Provincial

Los resultados expuestos reflejan la constitución de la muestra atendiendo al sexo y la edad evidenciándose que el estudio de 30 adolescentes está comprendido de 10-14 años para un 43% ,y de 15-19 años para un 57% . Estos resultados coincide con la investigación realizada por un colectivo de autores en Chile Es decir, por cada tres adolescentes de enseñanza media que piensan que la vida no vale la pena, dos piensan terminar con ella y uno lo intenta

Tabla 3 Distribución de los pacientes con intento suicida según ocupación y régimen de estudio.

Ocupación	Régimen de estudio					
	Externo		Interno		Total	
	No	%	No	%	No	%
Estudiante	--	--	1	8	1	3
Obrero	3	17	2	17	5	17
Técnico medio	3	17	5	42	8	27
Cuentapropista	7	39	4	33	11	36
Sin ocupación	5	28			5	17
Total	18	100	12	100	30	100

Fuente: Encuesta

Al hacer referencia al régimen de estudio cabe destacar los Cuenta Propia , y en cuanto a la ocupación todos eran Externos para un total del 36% .Se han realizado varias investigaciones que demuestran que el bajo nivel educacional conduce a mayores riesgos de intento suicida por estar expuesto a problemas de conducta con relación a la sexualidad, así como atentar contra su propia vida . Estudios realizado por la Dra. Sonia; arroja resultados por encima del 60 en el nivel medio (secundaria básica).7

Tabla 4 Distribución de adolescente según tenencia de Idea Suicida.

IDEA SUICIDA	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
SI	24	80	15	50
NO	6	20	15	50
Total	30	100	30	100

Valor p 0,0149

Fuente: Encuesta

Se puede observar que la tendencia a la idea suicida en los casos es de un 80% en correspondencia con los controles 50%, considerándose un factor de riesgo, similar en muchos aspectos a los de la literatura extranjera revisada se observa una gran diferencia en las cifras, donde Chile supera con creces los valores en ideación e intento suicida. Un estudio prospectivo realizado por Brezo muestra una prevalencia de 33% de ideación suicida y 9,3% de intento. Un estudio realizado en Italia para evaluar ideación suicida y agresividad en jóvenes escolares observa una prevalencia de ideación suicida de sólo 10,5%, bastante inferior a esta investigación.

Tabla 5 Distribución de adolescente según presencia de Conflictos Asociados

Conflictos asociados	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
SI	7	23	12	40
NO	23	77	18	60
Total	30	100	30	100

Valor p 0,1652

Fuente de Encuesta

Al analizar los conflictos asociados hubo un predominio en los controles por lo que no se consideró factor de riesgo, por el cual datos característicos del suicidio en adolescentes hacen referencia al carácter impulsivo con más tendencia a quitarse la vida, su falta de control de las emociones y la alta carga de estrés emocional que padecen, la mayoría de las ocasiones se ocultan para hacerlo y no avisan a sus padres ni a nadie de sus intenciones. Es fundamental saber que estos chicos casi nunca comentan sus intentos suicidas a quienes les rodean

Tabla 6 Distribución de adolescente según presencia de Depresión.

Depresión	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Deprimidos	18	60	2	7
No deprimidos	12	40	28	93
Total	30	100	30	100

Valor p 0,0000

Fuente de Encuesta

En la presente tabla se puede apreciar que el 60% de los casos presentaron depresión considerándose un factor de riesgo en la presente investigación, reafirmando así lo planteado por la organización mundial de la salud acerca de su preocupación a todos los países del mundo, mencionando que la depresión es la

principal causa de suicidio éntre los adolescentes de 10 a 19 años de edad.
(Prevención del suicidio, O M S 2001. (14)

Tabla 7 Distribución de adolescente según Consumo de Alcohol

Consumo Alcohol	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
SI	19	63	16	53
No	11	37	14	47
TOTAL	30	100	30	100

Valor p 0,4321

Fuente: Encuesta

El análisis de los resultados refleja que el 63% de los casos presentaron el consumo de alcohol puede conllevar a un factor de riesgo pero en la presente investigación no se demostró estadísticamente, mientras que solo 11 pacientes presentaron no ingerir bebidas alcohólicas, 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.²⁶

Tabla 8 Distribución de adolescente según Consumo de Droga

Consumo de Droga	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Si	17	57	1	3
No	13	43	29	97
Total	30	100	30	100

Valor p 0,0000

Fuente: Encuesta

El análisis de los resultados refleja que el 56.7% de los casos presentaron el consumo de droga conllevando a un factor de riesgo, lo que corresponde con la literatura científica consultada, se señala que el 40 por ciento de los adolescentes

que se suicidan tienen trastornos depresivos, del 10 al 30 por ciento presentan trastornos de personalidad y un 50 por ciento abusan de drogas y alcohol 30

Tabla 9 Distribución de adolescente según Tto Psiquiátrico Anteriores.

Tto. Psiquiátrico Anteriores	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
SI	18	60	10	33
No	12	40	20	67
TOTAL	30	100	30	100

Valor p 0,0384

Fuente: Encuesta

Se puede observar que el 57% de los casos tiene antecedentes de ingestión de psicofármacos considerándose un factor de riesgo. Lo que coincide con otros estudios realizados por Serfaty, donde también predomina la ingestión de psicofármacos como factor de riesgo más acentuado en los adolescentes con intento suicida en relación con el grupo y control del mismo^{.44}

Tabla 10 Distribución de adolescente según Familias Disfuncionales

Familias Disfuncionales	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
SI	26	87	17	57
No	4	13	13	43
TOTAL	30	100	30	100

Valor p 0,0099

Fuente: Encuesta

Se mide funcionamiento familiar, utilizando la prueba denominada FF-SIL en ambos aspectos por lo que se observó que los casos están representados por un 87% y los controles por un 57% para un total de 30 adolescentes.

A partir del análisis de los resultados obtenidos se pudo comprobar que para los adolescentes en estudio, según su apreciación, predominó 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 estas no son funcionales. Mientras que para sus representantes legales las relaciones afectivas son normales pues existe comprensión y comunicación entre sus miembros. En la bibliografía consultada se confirma 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,²⁹ 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.²⁹

Tabla 11 Distribución de adolescente según Familia con Antecedentes Psiquiátrico

Familia con Antecedentes Psiquiátrico	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
SI	18	60	2	7
NO	12	40	28	93
Total	30	100	30	100

Valor p 0,0000

Fuente: Encuesta

El análisis de los resultados refleja que el 60% de los casos tuvo familia con antecedentes psiquiátricos por lo que se consideró factor de riesgo y los controles solo el 2% 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.²⁶

Tabla 12 Distribución de adolescente según APF de Intento Suicida

APF de Intento Suicida	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
SI	19	63	8	27
No	11	37	22	73
TOTAL	30	100	30	100

Valor p 0,0043

Fuente: Encuesta

La tabla muestra que un 63% de los casos estudiados presentaron antecedentes de intentos suicidas en la familia y de los controles solo el 27%, por lo cual se consideró factor de riesgo, resultados similares se encontraron en la literatura revisada según Fortune S, Hawton K. donde revelan que 27% de los adolescentes con antecedentes familiares habían pensado en suicidio en los últimos 12 meses, 16% habían realizado un plan de intento que requería atención médica.

Tabla 13: Asociación de los factores de riesgo con el intento suicida.

Factor de Riesgo	Casos		Controles		X ²	P	OR	IC (95%)
	No	%	No	%				
Tenencia de Idea Suicida	24	80	15	50	5,9341	0,0149	4,000000	1,272077 - 12,577854
Depresión	18	60	2	7	19,2000	0,0000	21,000000	4,198474 - 105,038169
Consumo de Droga	17	57	1	3	20,3175	0,0000	37,923077	4,550908 - 316,016001
Tratamiento Psiquiátrico Anteriores	18	60	10	33	4,2857	0,0384	3,000000	1,046199 - 8,602573
Familias Disfuncional	26	87	17	57	6,6484	0,0099	4,970588	1,386786 - 17,815832
Familia con Antecedentes Psiquiátrico	18	60	2	17	19,2000	0,0000	21,000000	4,198474 - 105,038169
APF de Intento Suicida	19	63	8	27	8,1481	0,0043	4,750000	1,583873 - 14,245141

En la tabla 13 se muestran los factores de riesgo identificados ya que al realizar la prueba de independencia usando estadígrafo X² de pearson como el valor p asociado al estadígrafo es menor que 0,05 máximo error que se está dispuesto a admitir se rechaza la hipótesis nula de no existencia de asociación por tanto existe asociación estadísticamente significativas entre los factores de riesgo y la tenencia de idea suicida con un nivel de confiabilidad del 95% además siendo el

O R mayor que uno por lo que es más probable hacer intentos suicida cuando se está expuesto a los factores de riesgo a los que hace referencia la tabla anterior con un nivel de significación de 0.05.

CONCLUSIONES

- El área de salud más incidida fue el área norte predominando el sexo femenino y el grupo de edad de 15 a 19 años,
- Se identificaron como principales factores de riesgo del intento suicida los que tuvieron asociación estadística: la tenencia de idea suicida, depresión, consumo de droga, tratamiento psiquiátrico anterior, familias disfuncionales, familias con antecedentes psiquiátricos, antecedentes familiares con intento suicida con una confiabilidad del 95% y un nivel de significación de 0,05.

RECOMENDACIONES

- Extender la presente investigación a otros grupos de edades con el objetivo de identificar los factores de riesgo que puedan estar incidiendo a otros grupos de edades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Disponible en URL: www.grupoaulamedica.com. monografía de psiquiatría. (Revisado 17/11/2014)
- 2- Fortune S, Hawton K. Suicide and deliberate self-harm in children and adolescents. *Paediatr Child Health* 2007; 17:443-7.
- 3-Colectivo de autores. Salud mental: experiencias Cubana [CD-ROM]. Ciudad de laHabana: Ministerio de Salud Pública; 2008.
- 4-India wifediesonhusband'spyre». *BBC News* (BBC). 22 de agosto de 2006. Consultado el 17 de abril de 2015.
- 5-Chehil, Sonia; Kutcher, Stanley P. (2012). *Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals* (en inglés) (2 edición). Wiley. pp. 30-33. ISBN 978-1-119-95311-1. Consultado el 13 de agosto de 2015.
- 6-Rozanov, Vsevolod; Carli, Vladimir (2012). «Suicide among War Veterans». *International Journal of Environmental Research and Public Health* (en inglés) 9 (7): 2504-2519. doi:10.3390/ijerph9072504. PMC 3407917. PMID 22851956. Consultado el 13 de agosto de 2015
- 7-Chehil, Sonia; Kutcher, Stanley P. (2012). *Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals* (en inglés) (2 edición). Wiley. pp. 30-33. ISBN 978-1-119-95311-1. Consultado el 13 de agosto de 2015.
- 8-Youssef, Nagy A.; Rich, Charles L. (2008). «Does Acute Treatment with Sedatives/Hypnotics for Anxiety in Depressed Patients Affect Suicide Risk? A Literature Review» (pdf). *Annals of Clinical Psychiatry* (en inglés) 20 (3): 157-169. doi:10.1080/10401230802177698. ISSN 1547-3325. PMID 18633742. Consultado el 14 de agosto de 2015
- 9-Prevención del suicidio: Un instrumento para docentes y demás personal institucional [monografía en internet]. Ginebra; OMS; 2001. [acceso 12 de Noviembre 2007]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf.
- 10-Lester D. Adolescent suicide risk today: A paradox. *J Adolesc* 1998; 21: 499-503.

11-Mittendorfer-Rutz E. Trends of youth suicide in Europe during the 1980s and 1990s-gender differences and implications for prevention. *J MensHealthGend* 2006; 3: 250-7

12-Rev. méd.Chile v.138 n.3 Santiago mar. 2010<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300008> *Rev Med Chile* 2010; 138: 309-315

13-Brezo J, Paris J, Barrer E. Natural history of suicidal behaviors in a population-based sample of young adults.*Psychol Med* 2007; 37: 1563-74.

14-Prevencion del suicidio en la OMS 2001.

15-Actualizado jueves 14/05/2009 09:07 PATRICIA MATEY disponible en URL:

www.sicologiapopular.com/adolescente.htm. Depresión en la adolescencia.

(Revisado 15/05/2014)

16-Conducta suicida adolescencia y riesgo Disponible en URL: www.hiperactivo.com.

Revisado (12/12/2014)

17-Villalobos-Galvis FH. Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Mental* 2009; 32(2)165-171.

18-Pérez-Olmos I, Rodríguez-Sandoval E, Dussan-Buitrago MM, Ayala-Aguilera JP. Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. *Rev. salud pública*. 2007; 9(2):230-240.

19-Ramos Boch A. Depresión e intento suicida. Servicio Informativo de la Biblioteca Médica Nacional. *Bibliomed*. [serie en Internet] 2007 [citado 8 feb 2010];14(1):[aprox. 3 p] Disponible:http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/ene-feb_2007_depresion_e_intento_suicida.pdf

20-Pérez Amezcua B, Rivera Rivera L, Atienzo E, De Castro F, Leiva López A, Chávez Ayala R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud pública de México*. [serial en Internet]. 2010 [citado ene 20, 2011]; 52(4): 324-333 [aprox. 5

p.] Disponible:[http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=14&sid=3a](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=14&sid=3a8923a1-c502-40bb-b1fa-91a75d628f8b%40sessionmgr14&vid=4)

[8923a1-c502-40bb-b1fa-91a75d628f8b%40sessionmgr14&vid=4](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=14&sid=3a8923a1-c502-40bb-b1fa-91a75d628f8b%40sessionmgr14&vid=4)

21-Pérez-Olmos I, Ibáñez-Pinilla M, Reyes-Figueroa JC, Atuesta-Fajardo JY y Suárez-Díaz MJ. Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. Rev. salud pública. 2008;10 (3):374-385

22-Cordero Jarquin FA. Factores de riesgo del intento del suicidio en pacientes atendidos en el servicio de emergencia de cinco hospitales generales del municipio de majagua [Tesis] Nicaragua: Universidad autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias médicas. Managua; 2000.

23-Pérez Barrero SA. Salud Mental. Experiencias Cubanas. Adicciones y Conducta Suicida... Ciudad de la habana.: Ciencias Médicas; 2010.

24-Programa de prevención de la conducta suicida .

26-Valadez- Figueroa I, Quintanilla-Montoya R, González-Gallegos N, Amezcua-Fernández R. CARTAS AL EDITOR. El papel de la familia en el intento suicida del adolescente. Salud pública de México. 2005;47(1): 1-2.

27-Fariñas AT. De la vigilancia epidemiológica a la vigilancia en salud. Reporte Técnico de Vigilancia [serie en Internet] 2006 [citado 8 dic 2010]; 11(2) [aprox. 2 p.] Disponible en URL: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/farinasvig.pdf>

28-Rodríguez Martín O, Leal Moreira ME, Reyes Milán PE, Cossío González EL. Epidemiología del intento suicida en la provincia Ciego de Ávila. En proceso de publicación.

29-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

30-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

31-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.

32-Adalgizar Martínez Jiménez, 1 Dra. Irene Moracén Disotuar,2 Lic. Manuel Madrigal Silveira3 y Lic. Mariela Almenares Aleaga4 Comportamiento de la conducta suicida infanto-juvenil Rev Cubana Med Gen Integr v.14 n.6 Ciudad de

La Habana nov.-dic. 2014 [http:// ecimed@ infomed.sld.cu](http://ecimed@infomed.sld.cu) © 2011 1999, Editorial Ciencias Médicas.

33-Suicidio: los factores de riesgo son diferentes en los hombres y en las mujeres. [Página en Internet] 2010 [citado 17 Ene 2014]; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://digital.elesceptico.org/leer.php?autor=54&id=707&tema=13>

34-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 2014]; [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_8_10/san02810.htm

35--Mansilla Izquierdo F. La conducta suicida y su prevención. [página en Internet] 2010 [citado 14 Dic 2014]; [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/monografias/9/conducta3.shtml>

36-Actitud ante el suicidio y conductas autolesivas. [Página en Internet] 2010 [citado 4 Nov 2014]; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/urgencias/doc/documentos/doc/suicidio.htm

37-Diekstra RFW: The epidemiology of suicide and parasuicide. Acta Psychiatr Scand [serie en Internet] 1993 [citado 4 Nov 2014]; 371 (Suppl): 9-20. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002&script=sci_arttext#1

38--Louro, Bernal, I: Salud Familiar: disponible en www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol.15-3-99/mgi13399.htm. 2002

39-Ministerio de salud Pública. Programa de prevención de la conducta suicida en Cuba. Ciudad de la Habana. 1986

40-Dra. Edith Serfaty* Suicidio en la adolescencia Adolesc. Latinoam. v.1 n.2 Porto Alegre jul./sep. 1998 ronaldps@plug-in.com.br

41-Carlos Haquin F.1, Marcela Larraguibel Q.1, Jorge Cabezas A.2 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

42-Tatiana Zoila Ochoa Roca¹, María Lucía Vásquez Concepción², María de los Ángeles Carrasco Fera³, Marianela Sánchez Fernández⁴, Milca Sofía Cruz

Casaus5. Epidemiología de la conducta suicida en la Policlínica Docente "René Ávila Reyes". [Página en Internet] 20091(1); [citado 3 Nov 2014] Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no131/n131ori10.htm>

43- I. 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->

44-Serfaty E. Suicidio en la adolescencia. Adolesc. Latinoam. [serie en Internet] Jul-sep. 1998 [citado 4 Nov 2014]; 1(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en:

48-http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71301998000100007&lng=es&nrm=iso

45-Hatzenbuehler, M. (2011).The Social Environment and Suicide Attempts in Lesbian, Gay, and Bisexual Youth.Paediatrics, Vol.127, pp.896-903.

46- OMS. Prevención del suicidio: Un instrumento para docentes y demás personal institucional [monografía en internet]. Ginebra; OMS; 2001. [Acceso 12 de Noviembre 2007]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf. [Links]

47- Lester D. Adolescent suicide risk today: A paradox. J Adolesc 1998; 21: 499-503.[Links]

48- Mittendorfer-Rutz E. Trends of youth suicide in Europe during the 1980s and 1990s-gender differences and implications for prevention. J MensHealthGend 2006; 3: 250-7. [Links]

49- Weil K. Urgencias psiquiátricas. En: Florenzano R, Carvajal C, Weil K. Psiquiatría. Santiago, Chile: Mediterráneo Ltda.; 1999. p. 216-27. [Links]

50- Salvo L, Rioseco P, Salvo S. Ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes de enseñanza media. RevChilNeuropsiquiat 1998; 36: 28-34.

A nexos

A nexo: 1

Planilla de consentimiento informado.

Ciego de Ávila año 2014.

Yo ----- en
plenas facultades físicas y mentales, doy mi autorización para ser incluido (a) en la
Investigación: factores de riesgo del intento suicida en adolescentes de 10-19
años del municipio Ciego de Ávila realizado por la Dra. Yaimara Herrera Delgado,
bajo el compromiso de que la información obtenida será para el análisis
estadístico de los problemas y que no se divulgue en el orden personal y de que si
deseo en algún momento salir del estudio esto se respete y que de no participar
en el estudio tendré el derecho de recibir los beneficios de la investigación.

Firm a

ANEXO 2. ENCUESTA PARA EL CONTROL Y LA TIPIFICACION DE LA CONDUCTA SUICIDA.

• DATOS GENERALES:

Nombre y apellidos:

Área de salud: Consultorio médico:

H.C.....

Edad..... Sexo..... Estado civil..... Raza.....

Escolaridad.....

Ocupación.....c. Trabajo -----c. Estudio.....

. (Especificar régimen de estudio) Externo

----- Interno.....

Si no estudia ni trabaja, especificar las causas

Hijos No ----- Si_----- ¿Cuántos?.....

Dirección particular:

• CONDUCTA SUICIDA ACTUAL:

• Fecha de la conducta suicida: (última):

• Método empleado:Lugar (Especificar hogar).....

• Persistencia de la idea suicida si_----- no

• Ideación suicida previa: Si..... NO..... Se desconoce.....

• Aviso previo No... .. Si..... Tipo de aviso

• A quién avisó? Familiar..... Parentesco..... Compañero de trabajo..... Compañero de estudio..... Amigo..... Vecino..... Otro.....

• Planificación del acto previamente: Si..... No..... Se desconoce.....

• Redes de apoyo: Familiar_----- otros (especificar)

• Conflictos asociados.

• Problemas de pareja: Problema familiar..... Problema laboral.....
Problema escolar..... Pérdidas (status, ser querido, muerte otros)
.....Económicos-----

• Otro tipo (especifique).....

• Describa brevemente las
circunstancias.....

.....
.....

• FACTORES DE RIESGO

• Presencia de una depresión de toda naturaleza o intensidad Si.....
No.....

• Intento suicida previo Si..... No..... Se desconoce.....

• No. De intentos suicidas (IS) previos:

• Métodos empleados:

• Fecha aproximada del último intento:
.....

• Motivo del último IS -----

• Aviso previo: No..... Si.....
Forma.....

• ¿Ha presentado algún trastorno de salud mental? No.... Si----Tipo de
trastorno -----.

• Problemas relacionados con el alcohol..... Farmacodependencia:
..... Consumo de otras Drogas..... Especifique.....

• ¿Ha tenido tratamiento psiquiátrico anteriormente? : Si:..... No:Se
desconoce.....

• Tipo de tratamiento
recibido.....

4. FACTORES ASOCIADOS

• Disfunción familiar-----

• Carencia de apoyo o atención familiar:

• Presencia de enfermedades crónicas invalidantes:-----

• Trastornos psiquiátricos: sí..... no..... Especifique: -----

• Presagio o amenaza de suicidio previamente: si.no.....

• Problemas económicos: sí..... no.....

• Historia de suicidios en su medio:

• Suicidio consumado en la familia: No:....Sí:parentesco.....

Se desconoce..... Métodos empleados.....

• Intento suicida en la familia: No:..... Sí: Parentesco:se
desconoce.....

Métodos

empleados:

.....

• Conducta suicida en amigos: Si:..... No: Se desconoce:

• Otros factores que considere
importante.....

[1] Tablas de contingencia **tenencia de Idea Suicida**: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total
Expuestos	24	15	39
No expuestos		6	15
Total	30	30	60

	Estimación IC (95,0%)		
Proporción de casos expuestos	0,800000	-	-
Proporción de controles expuestos	0,500000	-	-
Odds ratio	4,000000	1,272077	12,577854 (Woolf)
	1,298261	12,246096	(Cornfield)
Fracción atribuible en expuestos	0,750000	0,213884	0,920495
Fracción atribuible poblacional	0,600000	0,109648	0,820296

Prueba chi-cuadrado de asociación	Estadístico		Valor p
Sin corrección	5,9341	0,0149	
Corrección de Yates	4,6886	0,0304	

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0146
Bilateral	0,0292

[2] Tablas de contingencia presencia de Conflictos Asociados

: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total
Expuestos	7	12	19
No expuestos		23	18
Total	30	30	60

Estimación IC (95,0%)

Proporción de casos expuestos	0,233333	-	-
Proporción de controles expuestos	0,400000	-	-
Odds ratio	0,456522	0,149291	1,396010 (Woolf)
	0,152898	1,368728	(Cornfield)
Fracción prevenida en expuestos	0,543478	-0,396010	0,850709
Fracción prevenida poblacional	0,183824	-0,161242	0,426352

Prueba chi-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	1,9255	0,1652
Corrección de Yates	1,2323	0,2670

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,1334
Bilateral	0,2668

[3] Tablas de contingencia presencia de Depresión

: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total
Expuestos	18	2	20
No expuestos		12	28
Total	30	30	60

Estimación IC (95,0%)

Proporción de casos expuestos	0,600000	-	-
Proporción de controles expuestos	0,066667	-	-
Odds ratio	21,000000	4,198474	105,038169 (Woolf)
	4,564665	- (Cornfield)	
Fracción atribuible en expuestos	0,952381	0,761818	0,990480
Fracción atribuible poblacional	0,571429	0,328824	0,726341

Prueba chi-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	19,20000,0000	
Corrección de Yates	16,8750	0,0000

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0000
Bilateral	0,0000

[4] Tablas de contingencia **Consumo de Alcohol**: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total
Expuestos	19	16	35
No expuestos		11	14
Total	30	30	60

	Estimación IC (95,0%)		
Proporción de casos expuestos	0,633333	-	-
Proporción de controles expuestos	0,533333	-	-
Odds ratio	1,511364	0,538264	4,243677 (Woolf)
	0,544795	4,191136	(Cornfield)
Fracción atribuible en expuestos	0,338346	-0,857823	0,764355
Fracción atribuible poblacional	0,214286	-0,440614	0,571469

Prueba chi-cuadrado de asociación	Estadístico		Valor p
Sin corrección	0,6171	0,4321	
Corrección de Yates	0,2743	0,6005	

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,3005
Bilateral	0,6010

[5] Tablas de contingencia **Consumo de Droga**

Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total
Expuestos	17	1	18
No expuestos		13	29
Total	30	30	60

Estimación IC (95,0%)

Proporción de casos expuestos	0,566667	-	-
Proporción de controles expuestos	0,033333	-	-
Odds ratio	37,923077	4,550908	316,016001 (Woolf)
	5,639803	-	(Cornfield)
Fracción atribuible en expuestos	0,973631	0,780264	0,996836
Fracción atribuible poblacional	0,551724	0,321440	0,703856

Prueba Chi-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	20,3175	0,0000
Corrección de Yates	17,8571	0,0000

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0000
Bilateral	0,0000

[6] Tablas de contingencia *Psiquiátrico Anteriores*: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total
Expuestos	18	10	28
No expuestos		12	20
Total	30	30	60

	Estimación IC (95,0%)		
Proporción de casos expuestos	0,600000	-	-
Proporción de controles expuestos	0,333333	-	-
Odds ratio	3,000000	1,046199	8,602573 (Woolf)
	1,058825	8,498087	(Cornfield)
Fracción atribuible en expuestos	0,666667	0,044159	0,883756
Fracción atribuible poblacional	0,400000	0,004754	0,638280

Prueba chi-cuadrado de asociación	Estadístico		Valor p
Sin corrección	4,2857	0,0384	
Corrección de Yates	3,2813	0,0701	

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0346
Bilateral	0,0692

[7] Tablas de contingencia **Familias Disfuncionales**: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total
Expuestos	26	17	43
No expuestos		4	13
Total	30	30	60

	Estimación IC (95,0%)		
Proporción de casos expuestos	0,866667	-	-
Proporción de controles expuestos	0,566667	-	-
Odds ratio	4,970588	1,386786	17,815832 (Woolf)
	1,437872	16,923248	(Cornfield)
Fracción atribuible en expuestos	0,798817	0,278908	0,943870
Fracción atribuible poblacional	0,692308	0,163704	0,886793

Prueba chi-cuadrado de asociación	Estadístico		Valor p
Sin corrección	6,6484	0,0099	
Corrección de Yates	5,2531	0,0219	

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0102
Bilateral	0,0204

[8] Tablas de contingencia **Familia con Antecedentes Psiquiátrico**

: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total
Expuestos	18	2	20
No expuestos		12	28
Total	30	30	60

Estimación IC (95,0%)

Proporción de casos expuestos	0,600000	-	-
Proporción de controles expuestos	0,066667	-	-
Odds ratio	21,000000	4,198474	105,038169 (Woolf)
	4,564665	- (Cornfield)	
Fracción atribuible en expuestos	0,952381	0,761818	0,990480
Fracción atribuible poblacional	0,571429	0,328824	0,726341

Prueba chi-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	19,2000	0,0000
Corrección de Yates	16,8750	0,0000

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0000
Bilateral	0,0000

[10] Tablas de contingencia **APF de Intento Suicida**: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total
Expuestos	19	8	27
No expuestos		11	22
Total	30	30	60

	Estimación IC (95,0%)		
Proporción de casos expuestos	0,633333	-	-
Proporción de controles expuestos	0,266667	-	-
Odds ratio	4,750000	1,583873	14,245141 (Woolf)
	1,606156	14,033683	(Cornfield)
Fracción atribuible en expuestos	0,789474	0,368636	0,929801
Fracción atribuible poblacional	0,500000	0,161141	0,701976

Prueba chi-cuadrado de asociación	Estadístico		Valor p
Sin corrección	8,1481	0,0043	
Corrección de Yates	6,7340	0,0095	

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0044
Bilateral	0,0089

INDICE

Introducción	1
Marco Teórico	7
Material y Método	15
Análisis y Discusión de los Resultados	22
Conclusiones	33
Recomendaciones	34
Referencias Bibliográficas	35