





ARTÍCULO ORIGINAL

Factores de riesgo y tipificación de la conducta suicida en la adolescencia, su enfoque comunitario

Lilien Reiner Hernández¹ , Belkis Ana Cruz Caballero² , Yamira González Delgado² ,
Carlos Javier Moya Moya² , Maritza Borges Acosta² , Marilin Sánchez Fernández² 

¹Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Universitario “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

²Policlínico Universitario “Marta Abreu de Estévez”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

*Lilien Reiner Hernández. lilienrh@nauta.sld.cu

Recibido: 09/03/2020 - Aprobado: 01/04/2020

RESUMEN

Introducción: dentro de las tres causas de muerte más frecuentes en adolescentes de 15 y más años de edad se encuentra el suicidio.

Objetivo: caracterizar los factores de riesgo y la tipificación de la conducta suicida en adolescentes dispensarizados en la atención primaria desde el enfoque comunitario.

Métodos: se realizó en el Policlínico “Marta Abreu” un estudio descriptivo, transversal y observacional desde enero de 2016 a diciembre de 2018 con una población de 72 adolescentes. Se utilizaron el análisis documental y la aplicación de encuesta para caracterizar los riesgos y tipificar en caso de intento suicida previo consentimiento informado familiar y adolescente.

Resultados: predominó el sexo masculino en edades comprendidas entre 13 y 15 años, con factores de riesgo individual, familiar y escolar, el método de empleo fue el consumo de tabletas.

Conclusiones: factores de riesgo más frecuentes: un miembro de su familia se embriaga frecuentemente, acoso en la escuela, no le gusta estudiar y dificultades en la relación con los padres. El sexo masculino resultó el más significativo en el intento, con método de letalidad riesgosa no letal, gravedad moderada de la circunstancia y poco serio con la ingestión de fármacos, con gran importancia desde su enfoque comunitario y atención multidisciplinaria.

Palabras clave: factores de riesgo; conducta suicida; enfoque comunitario; adolescente

ABSTRACT

Introduction: suicide is one of the three most frequent causes of death in adolescents aged 15 and over.

Objectives: to characterize the risk factors and the typification of suicidal behavior in adolescents registered in primary care from the community approach.

Methods: a descriptive, transversal and observational study was carried out at Policlinic "Marta Abreu" from January 2016 to December 2018 with a population of 72 adolescents. Documentary analysis and survey were used to characterize the risks and typify in the case of a suicide attempt with the prior informed consent of the family and the adolescent.

Results: male sex predominated in ages 13 to 15, with individual, family and school risk factors, the method of use was the consumption of tablets.

Conclusions: most frequent risk factors: a family member gets drunk frequently, bullying at school, does not like to study, and difficulties in the relationship with parents. The male sex was the most significant in the attempt, with a non-lethal method of risk lethality, moderate severity of the circumstance and not very serious with the ingestion of drugs, with great importance from its community approach and multidisciplinary care.

Key words: risk factors; suicidal behavior; community approach; teenager

INTRODUCCIÓN

“La montaña acaba en pico, en cresta la ola empinada que la tempestad arremolina y echa al suelo, en copa el árbol, y encima ha de acabar la vida humana”.
José Martí

Cuando un adolescente se suicida o intenta suicidarse se ven afectados familiares, amigos, compañeros, vecinos y, a veces, personas que ni siquiera lo conocían o lo conocen. El adolescente que intenta suicidarse puede experimentar sentimientos de dolor, confusión y culpa y puede sentir que la vida no tiene sentido por diversas causas; el suicidio se convierte en la mejor y la única opción.^(1,2)

El suicidio es considerado un fenómeno trágico que impacta a toda la sociedad. En los últimos años los índices estadísticos han aumentado significativamente y se han convertido en uno de los problemas de salud más importantes en la actualidad.⁽³⁾

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 ocurrieron aproximadamente un millón de muertes por suicidio y veinte millones de intentos de suicidio en todo el mundo. Se estima que para 2020 el suicidio contribuirá en más del 2% de la carga global de mortalidad.⁽⁴⁾

A lo largo de la historia el suicidio ha sido un hecho repudiado por algunas culturas y venerado por otras. La tentativa de suicidio se ha incrementado considerablemente en los adolescentes y jóvenes en las últimas décadas. En este período de la vida se evidencia una tendencia a la utilización de la violencia autoinfligida como respuesta a la salida de un conflicto, cuando en la mayoría de los casos median sentimientos de desesperanza.⁽⁵⁾

La OMS define el acto suicida como toda acción por la que un individuo se causa a si mismo un daño, con independencia del grado de intención y de que se conozcan o no los verdaderos motivos y el suicidio como la muerte que resulta de un acto suicida. Es decir, el suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de la conducta suicida, aunque el espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación suicida: amenazas, gesto, tentativa y hecho consumado.⁽⁶⁾

A nivel mundial las estadísticas del suicidio son alarmantes, una persona muere cada 40 segundos y un millón de personas por año, cifra esta mayor que la suma de víctimas de guerras y homicidios, y es un problema que se agrava; el suicidio constituye la tercera causa de muerte en los adolescentes entre 11 y 18 años. Las tasas más altas de suicidio se observan en Europa del Este: Bielorusia, Estonia, Rusia, Hungría, Finlandia y Lituania, el llamado

cinturón suicida, y en países isla como Japón, Cuba, San Mauricio y Sri Lanka. En Japón se da un promedio de treinta mil suicidios al año; una tasa algo superior la tienen Francia, Suiza, Austria, Dinamarca y Ucrania. En otros países de Europa, en Canadá y en los Estados Unidos y en partes de Asia y el Pacífico las tasas tienden a ubicarse entre estos extremos (Alemania, Polonia, Suecia, Noruega, Canadá y Estados Unidos).⁽¹⁾ Para América Latina la mayor incidencia de suicidio se presenta en jóvenes entre 15 y 19 años de edad. Las tasas bajas de suicidio se encuentran en los países islámicos del Mediterráneo, en América Latina (Colombia y Paraguay) y en algunos países de Asia (Filipinas y Tailandia).⁽¹⁾

Según estudios de la OMS uno de los datos más alarmantes a nivel mundial es el aumento de las tasas de suicidio en adolescentes de 15 y más años de edad, lo sitúan como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad, en el que intervienen factores de riesgo personales, familiares, escolares y comunitarios, entre otros.⁽⁷⁻⁹⁾

Cuba no queda exenta ante esta problemática. En el año 1989 se implementó el Programa de prevención y control de la conducta suicida⁽¹⁰⁾ que, desde la Atención Primaria de Salud (APS), tiene como objetivo principal evitar el primer intento suicida, su repetición y la consumación. Le corresponde al equipo médico y a la enfermera o al enfermero de la familia identificar a los individuos y a las familias con riesgo para garantizar su atención integral, en conjunto con el Centro de Salud Mental, conformado por un equipo multidisciplinario (responsable: el Especialista de Psiquiatría), con enfoque comunitario, en el que se trazan acciones que van dirigidas a lo individual, lo familiar y lo escolar, con interrelación de la atención secundaria (hospitales).

La prevención del suicidio implica saber que va desde la aparición del sentimiento de desesperanza hasta la realización del intento suicida y, mientras más temprana y eficaz sea la intervención del agente sanitario, mejor pronóstico tienen el paciente y la disminución de las muertes por suicidio. El suicidio se ubicó en la sexta causa de muerte en 2016, con una tasa de 18,3x100 000 habitantes y afectó principalmente a la población comprendida entre 15 y 44 años.⁽¹¹⁾

En Cuba, en el grupo de edad de 10 a 19 años, el suicidio resultó ser la tercera causa de muerte, con un número total de defunciones de 32 para el sexo masculino y 23 para el femenino en el cierre de 2017 y una tasa bruta de 2,5 y 1,8 por 100 000 habitantes, respectivamente.^(12,13) La Provincia de Villa Clara cerró con un indicador de 224,9x10 000 habitantes con intento suicida: de un total de 379 casos 310 fueron del sexo femenino y 69 del masculino; sobre el suicidio hubo un caso con 1,9 de tasa.⁽¹²⁾ El Municipio de Santa Clara cerró el año 2016 con 357 casos de intento suicida, con una tasa de 148%, y 36 suicidios, para una tasa de 14,9%. En el Policlínico "Marta Abreu" se presentó una tasa de 130,6%, para un total de 48 intentos suicidas, y de 16,3% para seis suicidios; no se detectó en menores de 20 años.⁽¹²⁾

Esta situación, aunque en descenso, es un problema de salud y ha despertado gran interés en los profesionales de la salud, los maestros, los padres y otros grupos sociales. Esta investigación pretende caracterizar los factores de riesgo y la tipificación de la conducta suicida en adolescentes dispensarizados en la atención primaria desde el enfoque comunitario.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional en el Área del Policlínico Universitario "Marta Abreu" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, en el período comprendido de enero de 2016 a diciembre de 2018, dirigido a caracterizar el comportamiento suicida de los adolescentes dispensarizados en los Consultorios del Médico de la Familia (CMF) clasificados como riesgo de esta conducta. La población de 72 adolescentes que constituyen la muestra.

Criterios de exclusión: Pacientes que se nieguen a participar en el estudio.

Métodos, técnicas y procedimientos de recogida de la información

Se utilizó en todo momento el consentimiento informado.

Se utilizaron métodos teóricos: análisis-síntesis e inductivo-deductivo.

La información fue recogida a través de métodos del nivel empírico:

Revisión de documentos:

- Historia de salud familiar: se utilizó para conocer los datos generales de los adolescentes, así como los relacionados con su estado de salud, dispensarización y control.
- Historia clínica individual: se utilizó con el objetivo de obtener información sobre el estado de salud, los factores de riesgo, la presencia y el comportamiento de la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento. Historia clínica perteneciente al Centro de Salud Mental, así como las de los ingresados en el Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda". Se utilizó con el objetivo de obtener información sobre los factores de riesgo generadores de la conducta suicida y de la caracterización de los de mayor prevalencia.
- Las tarjetas de enfermedad de declaración obligatoria para los adolescentes que habían referido un intento suicida.

Encuesta: Se aplicó para obtener la información de todas las variables de los factores de riesgo de la conducta suicida. Fue elaborado a partir de los objetivos de la investigación y de lo descrito en la bibliografía sobre el tema y fue validado por el criterio de especialistas. Se abordaron variables que permitieran clasificar los factores de riesgo en la familia, en lo individual y en la escuela.

Entrevista estructurada: Se aplicó con el objetivo de tipificar la conducta suicida en los adolescentes que plantearon haber intentado contra su vida, aspecto que requiere una evaluación de este comportamiento. La información obtenida se depositó en una base de datos para su almacenamiento, su organización y su análisis.

Variables

Se utilizaron en la investigación la edad, el sexo, los factores de riesgo familiares, escolares y personales y la tipificación de la conducta suicida según la clasificación, la letalidad, la gravedad y la seriedad.

Procedimientos

Como procedimiento básico inicialmente se revisaron las historias de salud familiar y las historias clínicas individuales del CMF, del Centro de salud mental y de los adolescentes con intento suicida ingresados en el Hospital Pediátrico "José Luis Miranda". Posteriormente, en sesión individual con los pacientes, se aplicó la encuesta y, a los adolescentes que referían en este instrumento haber realizado el intento suicida, se les aplicó la entrevista estructurada, la que tipificaba la conducta suicida.

Métodos y técnicas de procesamiento y análisis de la información

Se creó una base de datos en Excel con la información obtenida y se exportó al SPSS versión 15 para Windows, se le aplicaron métodos de la estadística descriptiva para las variables cualitativas y las frecuencias absolutas y relativas, estas últimas en por cientos. Los resultados fueron mostrados en tablas y gráfico.

Consideraciones éticas

Esta investigación se rige por los principios éticos de la investigación biomédica, lo establecido en la Declaración de Helsinki, promulgada en 1964 y enmendada en 1975, y por la OMS, y por la revisión de las regulaciones estatales del Ministerio de Salud Pública, vigentes en la República de Cuba.⁽¹¹⁾ No se realizó ningún procedimiento diagnóstico ni terapéutico que estuviera fuera de los protocolos de actuación establecidos internacionalmente en la atención de los pacientes con conducta suicida.

RESULTADOS

Con conducta suicida predominaron los adolescentes del grupo de edades de entre 13 y 15 años (48,6%). Le siguen los de las edades de entre 16 y 19 (29,1%) y de entre 10 y 12 años (22,2%) -Tabla 1-.

Tabla 1. Distribución de la conducta suicida por grupos de edades según el sexo

Grupos de edades	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
10 - 12	9	21,4	7	23,3	16	22,2
13 - 15	21	50,0	14	46,7	35	48,7
16 - 19	12	28,6	9	30,0	21	29,1
Total	42	58,3	30	41,7	72	100

La Tabla 2 muestra que existe una relación muy significativa de la edad con los factores de riesgo en el grupo de edades entre 13 y 15 años en 15 (71,4%) el padre se embriaga y 18 (81,8%) son agredidos física y verbalmente, en 10 (58,8%) del grupo de entre 10 y 12 años uno de los padres abandonó el hogar y tienen miembros de la familia físicamente incapacitados los seis pacientes (100%) del grupo de entre 16 y 19 años y medianamente significativa en el grupo de entre 13 y 15 años en el que tienen miembros de la familia que se embriagan (31, 56,4%) y la existencia de trastornos emocionales o psicológicos (8, 72,7%).

El riesgo más predominante es que un miembro de la familia se embriaga (55,

76,4%), seguido del de discusiones y agresividad entre los padres (42, 58,3%).

Tabla 2. Distribución de los factores de riesgos de la conducta suicida en la esfera familiar por grupos de edades

Factores de riesgos en la esfera familiar	Grupos de edades						Total	
	10-12 n=16		13-15 n=35		16-19 n=21		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Miembro de la familia que se embriaga	11	20,0	31	56,4	13	23,6	55	76,4
Han existido discusiones y agresividad entre mis padres	6	14,3	21	50,0	15	35,7	42	58,3
Mis padres me agreden física y verbalmente	1	4,50	18	81,8	3	13,6	22	30,6
Mi padre se embriaga con frecuencia	0	0,0	15	71,4	6	28,6	21	29,2
Uno de mis padres abandonó el hogar	10	58,8	6	35,3	1	5,90	17	23,6
Miembro de la familia con trastornos emocionales o psicológicos	3	27,3	8	72,7	0	0,0	11	15,3
Miembro de la familia físicamente incapacitado.	0	0,0	0	0,0	6	100	6	8,30

En relación con el sexo en la Tabla 3 resultaron altamente significativos, con predominio del sexo masculino (37, 67,3%), el que un miembro de la familia se embriaga, las discusiones y la agresividad entre los padres (29, 69%) y que los padres lo agreden física y verbalmente (17, 77,3%).

Tabla 3. Distribución de los factores de riesgos de la conducta suicida en la esfera familiar según el sexo

Factores de riesgos en la esfera familiar	Sexo				Total	
	Masculino (42)		Femenino (30)		No.	%
	No.	%	No.	%		
Miembro de la familia que se embriaga	37	67,3	18	32,7	55	76,4
Han existido discusiones y agresividad entre mis padres	29	69,0	13	31,0	42	58,3
Mis padres me agreden física y verbalmente	17	77,3	5	22,7	22	30,6
Uno de mis padres abandonó el hogar	11	64,7	6	35,3	17	23,6
Mi padre se embriaga con frecuencia	14	66,7	7	33,3	21	29,2
Miembro de la familia con trastornos emocionales o psicológicos	4	36,4	7	63,6	11	15,3
Miembro de la familia físicamente incapacitado	2	33,3	4	66,7	6	8,30

En cuanto a la esfera personal predominó el tener dificultad en las relaciones con sus padres (47, 65,27%) y, con respecto al sexo, resulta muy significativa la tristeza en el sexo masculino (21, 29,16%) -Tabla 4-.

Tabla 4. Distribución de los factores de riesgos de la conducta suicida en la esfera personal según el sexo

Factores de riesgos en la esfera personal	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Tengo dificultad en las relaciones con mis padres	33	45,83	14	19,44	47	65,27
Tristeza	21	29,16	5	6,94	26	36,10
Aburrimiento	11	15,27	10	13,88	21	29,15
La soledad me agrada	9	12,50	7	9,72	16	22,22
Tengo deseos de morirme	8	11,11	3	4,16	11	15,27

En la Tabla 5 se observan, en la esfera escolar, un predominio del acoso (33, 45,82), con mayor presencia en el sexo masculino (29, 87,9%), y una disminución de la motivación por asistir a la escuela (15, 78,9%), igual con predominio del sexo masculino.

Tabla 5. Distribución de los factores de riesgos de la conducta suicida en la esfera escolar según el sexo

Factores de riesgos en la esfera escolar	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Me acosan en la escuela	29	87,9	4	12,1	33	45,8
Tengo dificultad en las relaciones con mis amigos	18	66,7	9	33,3	27	37,5
No me gusta estudiar	14	56,0	11	44,0	25	34,7
Ha disminuido mi motivación respecto a la escuela	15	78,9	4	21,1	19	26,4

Existe una relación significativa entre el tipo de conducta suicida y el grupo de edades: hubo un predominio del intento suicida (33, 45,8%) -19 (57,6%) en las edades de entre 13 y 15 años-; son relevantes las conductas del gesto suicida en las edades de 10 a 12 años (cuatro, 66,7%) y de la ideación suicida en las edades entre 16 y 19 (seis, 50%). Existe, entre el tipo de conducta suicida y el sexo, un predominio del sexo masculino en el intento suicida (24, 33,3%) y de la amenaza suicida (16, 76%); la ideación (91,67%) y el gesto suicida (83,3%) predominan en el sexo femenino (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de los adolescentes según el tipo de conducta suicida y los grupos de edades

Tipo de conducta suicida	Grupos de edades						Total	
	10-12		13-15		16-19			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Intento suicida	4	12,1	19	57,6	10	30,3	33	45,8
Amenaza suicida	7	33,3	9	42,9	5	23,8	21	29,2
Ideación suicida	1	8,30	5	41,7	6	50,0	12	16,7
Gesto suicida	4	66,7	2	33,3	0	0,00	6	8,30
Total	16	22,2	35	48,6	21	29,2	72	100

La ingestión de medicamentos es el método de intento suicida más utilizado (20, 60,6%), no es así la sección de vasos sanguíneos (6, 18,1%) -Tabla 7-.

Tabla 7. Distribución de los adolescentes según el método de intento suicida

Método de intento suicida	No.	%
Ingestión de medicamentos	20	60,6
Sección de vasos sanguíneos	6	18,1
Ahorcamiento	4	12,1
Ingestión de otras sustancias	3	9,00
Total	33	100

Dentro del grado de letalidad de los intentos suicidas realizados por los adolescentes fue riesgoso no letal en 23 (69,6%); ninguno llegó al suicidio (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución de los adolescentes según la letalidad del intento suicida

Letalidad del intento suicida	No.	%
Riesgoso no letal	23	69,6
Riesgoso potencialmente letal	6	18,1
Inocuo	4	12,1
Total	33	100

La gravedad del intento suicida fue moderada en 26 adolescentes (78,7%), baja en cuatro (12,1%) y nula en tres (9%); no hubo casos de gravedad alta. Este es un problema altamente serio para la sociedad.

Según la seriedad del intento suicida hubo un predominio del poco serio (23, 69,6%), seguido del muy serio (6, 18,1%) y del no serio (4, 12,1%); los métodos utilizados por los adolescentes siempre constituyen un problema serio.

DISCUSIÓN

La adolescencia se caracteriza por una marcada actividad social, porque se potencializan los elementos biopsicosociales del individuo y, al mismo tiempo, porque aumenta la exigencia social en lo relativo al nivel de esfuerzo requerido para asegurar el ajuste familiar, estudiantil y laboral en las restantes fases de la vida.⁽¹⁴⁾

En el estudio de Serrano-Ruiz y otros autores predominan las féminas; en este estudio fue más frecuente el sexo masculino.⁽¹⁵⁾

En su investigación Pascual y colaboradores plantean que los factores de riesgo hacen referencia a las características individuales o ambientales que aumentan la probabilidad de que una persona pueda cometer un acto suicida. Unos factores pueden tener más peso que otros y, sobre todo, la combinación de varios factores de riesgo. Aunque los datos tienen algunas diferencias,⁽¹⁶⁾ en general se podrían establecer los factores de riesgo que intervienen en las conductas suicidas.

Un factor de riesgo para la aparición de conductas suicidas en adolescentes es la presencia de familias mono parentales, especialmente con ausencia de la figura paterna. Probablemente, no sea la estructura familiar, sino la calidad de las relaciones familiares el factor de riesgo que influye en la conducta suicida del niño y adolescente temprano.⁽¹⁷⁾

La atención integral al adolescente y su seguimiento por la Consulta de salud mental se sustenta en el modelo comunitario, en el que se reconoce el papel protagónico de la comunidad como promotor y eje de las acciones de salud mental.⁽²⁾

En relación con los factores familiares en el estudio de Herrera y colaboradores⁽¹⁸⁾ hubo predominio del maltrato físico y psicológico, el que puede afectar la adecuada comunicación entre los integrantes de la familia e incrementar la ideación suicida en los adolescentes, aspecto similar en esta investigación.

El suicidio de un ser querido se convierte en un factor de riesgo para tener una conducta suicida. A estas cifras debe sumársele el impacto en las familias y las comunidades. Por lo general, de cinco a diez personas se pueden ver seriamente afectadas por cada suicidio y pueden presentar un duelo de

características diferentes a la de otras pérdidas.⁽¹⁹⁾

Varios son los estudios en diferentes regiones que señalan a la depresión como el factor de riesgo personal que más afecta a los adolescentes con intentos suicidas,⁽²⁰⁾ lo mismo que ser rígido, con pensamiento obsesivo, con poca capacidad de resolución de problemas y un auto concepto negativo,⁽²¹⁾ tener sentimientos de inutilidad y de pérdida de autoestima y expresar sentimientos de desesperanza. Toda persona antes de realizar un acto suicida evidencia una serie de síntomas que constituyen el síndrome pre suicidar.⁽²²⁾

Puede existir retraimiento de los sentimientos y del intelecto e inhibición de la agresividad, la que ya no es dirigida hacia otras personas, sino hacia si y hacia la existencia de fantasías suicidas.⁽²³⁾

Entre los factores individuales se consideran el abuso de alcohol y de otras sustancias tóxicas, que ejerce un papel muy significativo y no es solo un factor de riesgo sino también un factor precipitante; entre los factores psicológicos se consideran la desesperanza y la rigidez cognitiva y la edad: los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada.⁽²⁾

La presencia del intento suicida en los adolescentes es percibida como la manifestación o la resultante de la carencia de mecanismos adaptativos del sujeto al medio generada por una situación de conflicto actual o permanente que causa un estado de tensión emocional.⁽²⁴⁾

El intento suicida en las distintas etapas del ciclo vital es más alto en las mujeres, pero el hombre es el que llega a consumarlo en mayor número.⁽²⁵⁾

Los estimados mundiales de causas de muerte pronostican que el suicidio, de la duodécima posición que ocupaba como causa de muerte en el mundo en el 1997, pasará hacia la décima causa de muerte mundial para el año 2020.^(26,27)

La expresión de ideación o la manifestación de gestos suicidas por los propios menores, la convivencia en familias con situaciones familiares inadecuadas por la presencia de adultos con enfermedades mentales, los padres alcohólicos y las manifestaciones directas de maltrato infantil pueden convertirse en el móvil precipitante.⁽²⁸⁾

Hernández Soto y colaboradores⁽²⁹⁾ manifiestan que los intentos suicidas tienen muchos significados y que sea cual sea su grado de letalidad debe prestársele especial atención: son la muestra viva para conocer la verdad sobre las características y las causas de que las personas adopten la autodestrucción y que existen otros factores asociados a la conducta suicida dentro de ellos: riesgos intelectuales: factores asociados a enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, la diabetes y el cáncer y alteraciones en el desarrollo puberal; factores biológicos: tabaquismo, alcoholismo y otras drogas; riesgos sexuales: embarazos, infertilidad, lucha por su identidad y humor cambiante; factores sociales: aislamiento, depresión, conductas delictivas y agresivas (o ambas) y la conducta suicida, la desatención y los problemas relacionados con la familia: las fugas frecuentes, la deserción del hogar y la malnutrición.

Para los investigadores resulta importante reconocer que el suicidio se puede evitar y que el hecho de tener acceso a los medios necesarios para suicidarse constituye, además de un factor de riesgo relevante, un determinante del suicidio.⁽³⁰⁾

La bibliografía médica mundial recoge que los métodos más utilizados son el

ahorcamiento, el disparo por armas de fuego y la ingestión de fármacos y fertilizantes. El método que escoge el suicida para la concreción de su propósito está muy relacionado con diferentes factores: cultura del individuo, personalidad del suicida, disponibilidad y circunstancias del momento; sin embargo en Cuba, y principalmente en esta provincia, los métodos en los últimos años han cambiado poco y predominan los ahorcamientos, las quemaduras y la ingestión de fármacos.

Arias de la Torre⁽³¹⁾ plantea que el método más empleado es la ingestión de medicamentos (método blando) y que la disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo importante; ambos aspectos fueron abordados en este estudio.

Los métodos que utiliza el ser humano con el objetivo de poner fin a su vida son diversos y dependen de varios aspectos y pueden ser desde totalmente inocuos hasta métodos letales. En el estudio hubo un predominio del riesgoso no letal (69,6%), seguido del riesgoso potencialmente letal (18,1%), lo que no coincide con el estudio realizado por Hernández Soto y Villarreal Casate, en el que predominaron los riesgosos potencialmente letales (60%).⁽²⁹⁾

En ese sentido, mientras algunos métodos como saltar desde un edificio alto hacen que sea virtualmente imposible sobrevivir otros, como la sobredosis de medicamentos, dejan abierta la posibilidad del rescate. El hecho de usar un método que demuestra no ser mortal no indica necesariamente que el intento de la persona sea menos serio,⁽²⁴⁾ se convierte en un llamado de alerta pues con el paso de los años la tentativa se torna seria en los adolescentes, lo que demuestra en su investigación Hernán Martínez Glattli, que encontró también un predominio en la seriedad de la intención.⁽⁶⁾ Según los autores de este trabajo se requiere de una valoración sobre los factores de riesgo que pueden desencadenar la conducta suicida y de un sistema de superación profesional constante en los diferentes programas de la APS, con énfasis en el de control de la conducta suicida.

Los investigadores son del criterio de que el enfoque comunitario debe implementarse en un grupo de aristas porque, en ocasiones, el médico de la familia puede tener dificultad en la identificación del riesgo real o potencial en un paciente de cometer un intento de suicidio, lo que limita el saber, el saber hacer y el saber actuar creativamente ante cada caso o paciente de riesgo y cumplir con el saber estar.

Rodríguez Valdéz y colaboradores⁽³²⁾ propusieron un modelo de prevención con enfoque comunitario basado en las intervenciones que ha demostrado efectividad referente a esta problemática en pacientes con presencia de trastornos mentales y otros factores de riesgo. En este modelo las intervenciones preventivas se centran en los siguientes aspectos: formación de los profesionales de atención primaria, concienciación sobre el suicidio, detección de personas de alto riesgo, tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, seguimiento preventivo de los intentos de suicidio, restricción del acceso a medios letales e implicación de los medios de comunicación, con magna incorporación comunitaria.

CONCLUSIONES

Los factores de riesgo familiares resultaron los más frecuentes: que un miembro de su familia se embriaga frecuentemente, discusión y agresividad

entre los padres, padres que lo(a) agreden física y verbalmente, dentro de los escolares: lo(a) acosan en la escuela y no le gusta estudiar y entre los personales: dificultades en la relación con sus padres, que se constataron como más significativas. En relación a la tipificación de la conducta suicida fue el intento suicida el más significativo en los adolescentes, en edades comprendidas entre 13 y 15 años, con predominio del sexo masculino, el método empleado se clasificó como una letalidad riesgosa no letal, gravedad moderada de la circunstancia y poco serio y resultó la ingestión de fármacos el más utilizado en esta etapa de la vida. Su enfoque comunitario es el primer nivel de atención para su prevención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leyva Correa M, Castillo Rojas L. Factores de riesgo de intento suicida en adolescente. Morón: Jornada Provincial de Psiquiatría; 2014.
2. Torres Lio-Coo V, Josué Díaz L, Font Darias I, Rodríguez Valdés NR, Urrutia Zerquera E, Gómez Arias MB. Valoración de algunos aspectos relacionados con el intento suicida en pacientes jóvenes con trastornos de personalidad. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2006 Ene-Mar [citado 10/01/2019];35(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000100007
3. Castillo Ledo I, Ledo González H, Ramos Barroso A. Consideraciones psico dinámicas de la conducta suicida en la población infanto juvenil. Norte de Salud Mental [Internet]. 2013 [citado 10/01/2019];11(46):13-19. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4694922>
4. Mardomingo Sans MJ. Suicidio en el adolescente. Psiquiatría y Atención Primaria. 2012;3(2):17-21.
5. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2012 [citado 10/01/2019]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
6. Martínez Glattli H. Evaluación del Riesgo de Suicidio. Buenos Aires: Facultad de Psicología; 2014 [citado 10/01/2019]. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/evaluacion.pdf
7. Gutiérrez García A, Contreras C, Orozco Rodríguez R. El suicidio, conceptos actuales. Salud Ment [Internet]. 2006 Sep-Oct [citado 10/01/2019];29(5):66-74. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252006000500066&script=sci_arttext
8. Varengo J. Ideación Suicida en Adolescentes [tesis]. Córdoba: Universidad Siglo 21; 2016 [citado 09/01/2019]. Disponible en: <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/13032/VARENGO%20Judith.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Un instrumento para los profesionales de los medios de comunicación. Actualización del 2017 [Internet]. Washington, DC: OMS/OPS; 2017 [citado 09/01/2019]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf
10. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de prevención de la conducta suicida en Cuba. La Habana: MINSAP; 1989.
11. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística. Situación de Salud en Cuba. Indicadores básicos de salud [Internet]. La Habana: MINSAP;

- 2018 [citado 09/01/2019]. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Cuba-2017.pdf>
12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2016. [Internet]. La Habana: MINSAP; 2017 [citado 09/01/2019]. Disponible en: [https://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario Estadístico de Salud e 2016 edición 2017.pdf](https://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Statístico_de_Salud_e_2016_edición_2017.pdf)
 13. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médico y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2017 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2018 [citado 09/01/2019]. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Español-2017-ed-2018.pdf>
 14. del Bosque Garza J. Conducta suicida y adolescencia. Bol Med Hosp Infant Méx [Internet]. 2006 Jul-Ago [citado 09/01/2019];63(4):221-222. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v63n4/v63n4a1.pdf>
 15. Serrano-Ruiz CP, Olave-Chaves JA. Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes. Med UNAB [Internet]. 2017 Aug [citado 09/01/2019];20(2):139-47. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2272/2806>
 16. Pascual Pascual P, Villena Ferrer A, Morena Rayo S, Téllez Lapeira JM, López García C. El paciente suicida. Cad Aten Primaria [Internet]. 2005 [citado 18/01/2019];12:160-2. Disponible en: http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2015/07/12A_Fisterra_N12_3.pdf
 17. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Br J Psychiatry [Internet]. 2002 Sep [citado 18/01/2019];181(3):193-99. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/721FD68B3030C46E2070CC08CA869523/S000712500002715Xa.pdf/fatal_and_nonfatal_repetition_of_selfharm.pdf. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.193>
 18. Herrera R, Ures M, Martínez J. El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno? Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2015 Ene-Mar [citado 18/01/2019];35(125):123-34. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n125/original08.pdf>. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000100009>
 19. Rodríguez O. Suicidio. En: Colectivo de Autores. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia. La Habana: MINSAP; 2012. p. 140-4 [citado 18/01/2019]. Disponible en: <https://files.sld.cu/adolescencia/files/2012/03/manual-de-practicas-clinicas-adolescencia.pdf>
 20. Touriño R, Acosta FJ, Giráldez A, Álvarez J, González JM, Abelleira C, et al. Riesgo suicida, desesperanza y depresión en pacientes con esquizofrenia y autoestigma. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2018 Mar [citado 08/01/2019];46(2):33-41. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/20/112/ESP/20-112-ESP-33-41-571736.pdf>
 21. FEAFES. Afrontando la realidad del suicidio. Orientaciones para su prevención [Internet]. Madrid: FEAFES; 2006 [citado 18/01/2019]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est14.pdf.pdf
 22. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional [Internet]. Ginebra: OMS; 2001 [citado 18/01/2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66802/WHO_MNH_MBD_00.3_spa.pdf

23. García de Jalón E, Peralta V. Suicidio y riesgo suicida. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2002 [citado 18/01/2019];25(Supl. 3):87-96. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6857875>.
<https://doi.org/10.23938/ASSN.0844>
24. Valdivia M, Silva D, Sanhueza F, Cova F, Melipillán R. Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. Rev Med Chil [Internet]. 2015 Mar [citado 18/01/2019];143(3):320-28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000300006>
25. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2014 [citado 18/01/2019]. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>
26. Guibert Reyes W. Epidemiología de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2002 Abr [citado 09/01/2019];18(2):139-142. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200007&lng=es
27. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS [actualizado 02/09/2019; citado 20/02/2020]. Suicidio [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
28. Biblioteca Médica Nacional. Suicidio. Mortalidad y prevención. Factográfico de Salud [Internet]. 2015 Sep [citado 09/01/2019];1(10):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2015/09/factografico-de-salud-septiembre-2015.pdf>
29. Hernández Soto PA, Villarreal Casate RE. Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. MEDISAN [Internet]. 2015 Ago [citado 09/01/2019];19(8):1051-1058. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000800014&lng=pt
30. Suicidio, responsable de 800 mil muertes al año. teleSUR [Internet]. 09 Sep 2014 [citado 09/01/2019]. Disponible en: <http://www.telesurtv.net/news/El-suicidio-en-el-mundo-20140909-0066.html>
31. Arias de la Torre IF. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes del policlínico René Vallejo de Bayamo. Rev Electrón [Internet]. 2015 [citado 09/01/2019];40(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/97>
32. Salas Perea RS, Salas Mainegra A. Modelo formativo del médico cubano. Bases teóricas y metodológicas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017 [citado 18/01/2019]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/modelo_formativo_medico_cubano/modelo_formativo.pdf
33. Vidal Ledo MJ, Salas Perea RS, Fernández Oliva B, García Meriño AL. Educación basada en competencias. Educ Med Super [Internet]. 2016 Ene-Mar [citado 18/01/2019];30(1):[aprox 13 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412016000100018&lng=es&tlng=es
34. Rodríguez Valdés R, Pedraza Vilela M, Burunate Pozo M. Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2004 Ene-Mar [citado 18/01/2019];33(1):26-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000100004

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

LRH: diseño del estudio, redacción del manuscrito, análisis bioestadístico de los resultados.

BACC: diseño del estudio, redacción del manuscrito.

YGD y CJMM: revisión de la bibliografía de interés.

MBA y MSF. aplicación de los instrumentos de investigación.

Todos los autores revisaron la redacción del manuscrito y aprobaron la versión finalmente remitida.