

CONDUCTA SUICIDA. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Lidia Arlaes Nápoles,¹ Gilberto Hernández Sorí,² Disney Álvarez Concepción³ y Tatiana Cañizares García⁴

RESUMEN: Se realiza un estudio retrospectivo de casos y controles sobre la conducta suicida en el municipio Sancti Spiritus, desde octubre de 1995 a noviembre de 1996; los casos fueron tomados de las tarjetas de enfermedades de declaración obligatoria y a cada uno se le asignó un control, pareando la edad, el sexo y el lugar de residencia. Se obtuvo como resultado que la conducta suicida predominó en los grupos de 25 a 34 años, el intento fue más frecuente en el sexo femenino y el suicidio consumado, en el masculino, la ingestión del psicofármaco fue el método más empleado. Se halla en el análisis estadístico relación causal con los factores de riesgo personales: pacientes sin apoyo familiar, deprimidos y alcohólicos. Dentro de los factores de riesgo familiares se encuentran antecedentes familiares de conducta suicida, familias con problemas sociales, alteraciones en su dinámica, alteración en la relación entre sus miembros y bajo ingreso per cápita. Se informa que otras variables analizadas también mostraron relación causal, como el tener escolaridad de secundaria básica o menos, tener pareja, no poseer vínculo laboral y la presencia de factores de riesgo familiares. Los métodos suaves predominaron sobre los duros en los intentos y mantuvieron similar comportamiento en el suicidio como tal.

Descriptores DeCS: **SUICIDIO; INTENTO DE SUICIDIO; FACTORES DE RIESGO; MEDICOS DE FAMILIA; ATENCION PRIMARIA DE SALUD.**

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 socioeconómica existente. Como fenómeno individual se ha conocido en todas las sociedades.

Se considera conducta suicida (CS) cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo.

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Políclínico Centro Sancti Spiritus.

² Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología. Sancti Spiritus.

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología. Sancti Spiritus.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Directora del Hogar Materno Provincial Sancti Spiritus.

El suicidio debe ser considerado un hecho de causa multifactorial en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. Según los conocimientos actuales, éste es expresión de una falla de los mecanismos adaptativos del sujeto en su medio ambiente, provocada por una situación conflictiva actual o permanente que genera un estado de tensión emocional.¹

En los países desarrollados de Europa y América del Norte, el suicidio figura entre la 5ta. y la 10ma. causa de defunción más importante y aparece como 2da. y 3ra. causa entre personas de 15 a 64 años de edad.

En nuestro país, el suicidio se encuentra dentro de las primeras causas de muerte y la tercera en las edades de 15 a 49 años. Se tiene la certeza de la notificación de todos los casos que ocurren.¹

En la provincia Sancti Spíritus, las características epidemiológicas de la CS no difieren sustancialmente de las nacionales.

En el municipio Sancti Spíritus, la CS ha tenido un comportamiento irregular con una tendencia ligeramente descendente en los intentos y ascendente en los suicidios a expensas del sexo masculino.³

Métodos

El diseño metodológico estuvo incluido dentro de las investigaciones epidemiológicas como un estudio retrospectivo de casos y controles, efectuados desde noviembre de 1995 hasta octubre de 1996 en el municipio Sancti Spíritus, provincia Sancti Spíritus.

El universo estuvo representado por todos los pacientes que fueron reportados con CS por una tarjeta de enfermedades de declaración obligatoria (EDO). La muestra estuvo compuesta por 136 individuos, de ellos 68 casos y 68 controles.

Como criterio de caso se toma el emitido por la OMS, que considera como CS cualquier acción mediante la cual el individuo se cause una lesión independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo.

Como control se tomó un individuo de la misma edad (más o menos 2 años) del mismo sexo y del mismo consultorio del médico de la familia (CMF) o sector.

Los controles se escogieron de la ficha familiar, de forma aleatoria. A ambos grupos se les aplicó una encuesta diseñada al efecto con el objetivo de conocer las principales características epidemiológicas del suicidio y medir la intensidad con que los factores de riesgo (FR) influyen en la CS. El procesamiento estadístico se realizó en una microcomputadora en el programa Epi Info. Como medida de asociación se usó el valor de P (vp) y la fuerza se midió por el estimado del riesgo relativo (OR), además se calculó la fracción causal para los expuestos y el riesgo atribuible para la población estudiada.

Resultados

Se estudiaron 136 individuos, de ellos 68 casos y 68 controles. Dentro de los casos 53 (77,9 %) fueron intentos suicida (IS) y 15 suicidios (22 %) con un comportamiento desigual por sexo, con predominio del IS en el sexo femenino y el suicidio en el masculino 37 (54,4 %) y 9 (22 %) respectivamente. El grupo etáreo más afectado fue el de 25 a 34 años tanto en los IS como en los suicidios 22 (32,3 %) y 5 (2,3 %) respectivamente con un total de 27 (39,7 %) para la CS.

La presencia de antecedentes personales (AP) de CS predominó en el sexo femenino para los IS con 8 casos (11,7 %) y los AF de CS en el sexo masculino, para los suicidios con 2 casos (2,9 %).

Los factores de riesgo personales (FRP) y familiares (FRF) analizados se muestran en la tabla 1, donde predominó entre los FRP la carencia de apoyo familiar, 30 casos con una asociación estadísticamente muy significativa (AEMS), OR de 8,1, una FE de 67,6 % y un RA de 55 %. Mostraron asociación estadística significativa (AES) los alcohólicos y los pacientes deprimidos, 11 y 24 respectivamente, con OR de 4,1 y 2,1; FE de 75,6 y 52,0 % y RA de 3,6 y 1,8 %. Entre los FRP mostraron AEMS los antecedentes familiares de CS; OR 24; FE de 95,8 y un RA de 18,8, la familia con alteraciones en su dinámica; OR 18,0 con un FE del 94 % y un RA de 0,0 %, la familia con alteración en la relación entre sus miembros; OR 6,9 con un FE de 85,5 % y un RA de 3,8 %, en tanto la familia con bajo ingreso per cápita; OR de 3,6 con un FE de 72,2 % y un RA 2,5 %.

Dentro de otras variables analizadas mostraron AEMS la presencia de FRF en general con OR, de 10,6 con una FE de 90,5 un RA del 1,9 %, el tener grado escolar de secundaria o menos; OR de 6,8 con una FE de 66,6 y un RA de 2 %, el no tener vínculo laboral; OR de 6,6 con una FE de 84,8 y un RA de 3,3 % y el hecho de vivir en pareja mostró AES; OR de 2,0 con una FE de 50 % y un RA de 14,1 % (tabla 2).

Los métodos empleados según IS o suicidios se comportaron con predominio de los suaves en el IS con 25 casos que ingirieron psicofármacos (36,7 %) y en el suicidio se comportó con igual incidencia para métodos suaves y duros, 5 casos (4,3 %) para la ingestión de psicofármacos, quemaduras y ahorcamientos, respectivamente (tabla 3).

TABLA 1. Conducta suicida según factores de riesgo personales y familiares analizados

Factores de riesgo personales	Ca	Co	OR (SIGN)	% FE	% RA
Pacientes deprimidos	24	14	2,1 (**)	52,0	1,8
Sin apoyo familiar	30	6	8,1 (**)	87,6	55,0
Enfermedades crónicas	9	6	1,5 (*)	33,3	1,6
Alcoholismo	11	3	4,1 (**)	75,6	3,6
Farmacodependencia	14	5	2,1 (*)	52,0	2,8
Joven sin vínculo laboral	15	3	6,1 (*)	83,6	27,4
Factores de riesgo familiares					
Antecedentes familiares de conducta suicida	18	1	24 (***)	95,8	18,8
Familias con problemas sociales	19	11	2,0 (*)	50,0	1,7
Familias con alteraciones en la dinámica	48	8	18,0 (***)	94,4	0,6
Familias con alteraciones en la relación entre sus miembros	35	9	6,9 (***)	85,5	3,8
Familias con bajo ingreso per cápita	28	11	3,6 (***)	72,2	2,5

Fuente: Encuestas realizadas.

* No significativo.

** Significativo.

*** Muy significativo

TABLA 2. Conducta suicida según otras variables analizadas

Otras variables	Ca	Co	OR	% FE	% RA
Secundaria o menos	46	16	6,8 (***)	66,6	2,0
Con pareja	41	29	2,0 (**)	50,0	14,1
Sin vínculo laboral	40	12	6,6 (***)	84,8	3,3
Presencia de factores de riesgo familiares	56	29	10,6 (***)	90,5	1,9

Fuente: Encuestas realizadas

TABLA 3. Conducta suicida según método empleado Nov 95-Oct 96. Mcpio S.S

Método Empleado	Intento		Suicidio		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ahorcamiento completo	-	-	5	7,3	5	7,3
Ahorcamiento incompleto	6	8,8	-	-	6	8,8
Quemadura	4	5,8	5	7,3	9	13,2
Ingestión de psicofármacos	25	36,7	5	7,3	28	1,1
Sección de vasos	1	1,4	-	-	1	1,4
Ingestión de keroseno	1	1,4	-	-	1	1,4
Ingestión de insecticida	2	2,9	-	-	2	2,9
Golpes en la cabeza	1	1,4	-	-	1	1,4
Ingestión de otros medicamentos	13	19,1	-	-	13	19,1
Total	53	77,9	15	22,0	68	100

Fuente: Encuestas realizadas.

Discusión

La CS predominó en el sexo femenino de forma general y el intento incidió mayoritariamente, no obstante, el suicidio fue más frecuente en el sexo masculino, hecho que concuerda con otros estudios realizados.^{1,3,4} La distribución por grupos etáreos ha encontrado su mayor incidencia en el grupo de 25 a 34 años, tanto para los IS como para los suicidios; sin embargo, las edades extremas de la vejez indican valores importantes.^{3,5} Los APCS se presentan como una determinante de peso en la

ocurrencia de estos sucesos, tanto que se plantea que el 40 % de las personas que tienen historia de IS finalmente se quitan la vida¹ y existe una relación más fuerte de esta variable con el sexo femenino. La acción sobre estos grupos de riesgo no debe limitarse a una dispensarización pasiva.

Dentro de la FRP de CS la carencia de apoyo familiar juega un rol importante en el desencadenamiento de estos sucesos y puede constituir una expresión de diferentes variables actuando en conjunto. Los pacientes deprimidos y alcohólicos constituyen también FRP de CS que influyen en CS. Estos FR son señalados por diversas bibliografías.^{1,4,6} Los FRF tienen una estrecha relación causal con la CS.

El bajo nivel escolar, no poseer vínculo laboral y presentar FRP son situaciones que tienen una estrecha relación causal con la ocurrencia de la CS. Estos hallazgos coinciden con los presentados por otros autores,^{1,4} no obstante en nuestro estudio el hecho de tener pareja en forma habitual, eleva las probabilidades de desenlace de esta CS.

Dentro de los métodos empleados, predominaron en el intento los métodos suaves, en tanto que en el suicidio se distribuyeron igualmente métodos suaves y duros, aunque para la CS en general existió un predominio de los métodos suaves sobre los duros.

Esta variable está fuertemente influida por el sexo femenino en el que predominan los métodos suaves con menor incidencia de suicidios.

SUMMARY: A retrospective case-control study on suicidal behaviour in Sancti Spiritus municipality from october 1995 to november 1996 was performed. The cases were taken compulsory declared disease cards and each case was assigned a control number by matching age, sex and place of residence. The results were the following: suicidal behaviour prevailed in groups aged 25-34; attempted suicide was more frequent in females and committed suicide in males, and the administration of psychopharmaceuticals was the most used method. In the statistical analysis, a

causative relationship with individual risk factors was found: a causative relationship with individual risk factors was found: depressed, alcoholic. family-un supported patients. Among the family risk factors, there were family histories of suicidal behavior, families facing social problems, changes in family dynamics, altered family relationships and low per capita income. It is reported that other analyzed variables also showed a causative relationship such as having junior high school or lower educational level; being engaged; being unemployed and having family risk factors. Non-violent methods prevailed over violent ones both in attempted and committed suicides.

Subject headings: **SUICIDE; SUICIDE, ATTEMPTED; RISK FACTORS; PHYSICIANS, FAMILY; PRIMARY**

Referencias bibliográficas

1. Mesa Ridel G. Suicidio: epidemiología de las enfermedades crónicas no trans-misibles. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1990:256-81.
2. Riera C. Alonso O, Masid E. La conducta suicida y su prevención. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1990.
3. Pérez Barrero S, Sánchez Pérez M. Epidemiología de la conducta suicida en Bayamo, Gramma en 1996. Rev Cubana Med Gen Integr 2.94. 1994;2(10):110-15.
4. Hein I. Ocupation. Relahed Suicides in waest Berlín 3er European. Symposium Suicides behaviaur and factors Bologna. September 1990. P 25-28.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de prevención de la conducta suicida. La Habana: 1988.

Recibido: 3 de octubre de 1997. Aprobado: 21 de noviembre de 1997.

Dra. *Lidia Arlaes Yero Nápoles*. Bayamo No. 112 entre Tirso Marín y Frank País, Sancti Spíritus, Cuba.