

INFLUENCIA DEL MEDIO FAMILIAR EN UN GRUPO DE 5 A 19 AÑOS CON RIESGO SUICIDA

Ariane Hernández Trujillo,¹ Gloria Teresita Rebastillo Escudero,¹ Marlene de la C. Danauy Enamorado¹ y Sonia Bess Constantén²

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, en el que se comparó el medio familiar de pacientes dispensarizados como riesgo suicida, con el de otro grupo de similares características no controlados por esta causa, pertenecientes al área de salud del Policlínico "Carlos J. Finlay" de Santiago de Cuba, que abarcó los meses de junio a diciembre de 1997. En los 44 pacientes de riesgo encuestados se comprobó predominio del sexo femenino y de las edades entre 15 y 19 años; el mayor número había sido dispensarizado como de riesgo por antecedente de intento suicida, embarazo precoz y anuncio del suicidio. Entre los antecedentes patológicos personales en la esfera psiquiátrica prevalecieron los trastornos distímicos y las alteraciones incipientes de la personalidad de tipo desinhibido; en tanto que los antecedentes patológicos familiares de riesgo e intento suicida resultaron ser más frecuentes en el grupo de estudio que en el control. La disfuncionalidad familiar y la ausencia de ambos padres fueron factores asociados al riesgo suicida. Prevalecieron las ideas suicidas, la impulsividad y los trastornos afectivos como manifestaciones psicopatológicas.

Descriptores DeCS: **RELACIONES FAMILIARES; INTENTO DE SUICIDIO; GRUPOS VULNERABLES; PSICOLOGIA DEL ADOLESCENTE.**

El suicidio constituye un problema de salud en todo el mundo; en nuestro país ocupa el sexto lugar como causa de mortalidad general y el segundo en el grupo de 15 a 49 años.

Entre las funciones que tiene la familia como institución social, la económica y la de perpetuación de la especie representan una tradición importante; pero consideramos primordial la función afectiva, ya que en el marco familiar es donde se brinda el amor y la seguridad necesarios para la formación de los sujetos, lo cual les aporta

una autoestima adecuada y los prepara para una incorporación a la sociedad.¹

La influencia del medio familiar en la población de 5 a 19 años con riesgo suicida desempeña un papel relevante, y sobre los factores que de ella se derivan es donde se puede realizar una verdadera acción preventiva; pero para alcanzar este logro resulta vital la inclusión del psiquiatra infanto-juvenil en la comunidad, lo cual permitiría incrementar la calidad de la atención brindada a tan vulnerable grupo poblacional.

¹ Especialista de I Grado en Psiquiatría Infanto-Juvenil.

² Especialista de I Grado en Bioestadística.

Métodos

Se efectuó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal en el que se compararon medios familiares de 44 pacientes dispensarizados como riesgo de suicidio, con los de otro grupo que presenta características similares, no dispensarizados por esta causa, todos pertenecientes al área de salud del Policlínico "Carlos J. Finlay" de Santiago de Cuba, en el período comprendido desde junio hasta diciembre de 1997.

Para la caracterización de la población que se investigó tuvimos en cuenta: sexo, grupo etáreo (5-19 años), antecedentes patológicos personales (según Manual Internacional de Clasificación de Enfermedades Mentales (DSM IV);² nivel escolar y relaciones interpersonales con maestros y coetáneos, antecedentes patológicos familiares psiquiátricos, métodos correctivos empleados en la familia, examen psiquiátrico (a través del examen directo, entrevista y aplicación de pruebas proyectivas como el inventario de problemas juveniles (IPJ)) y la de *Rotter* modificada, datos aportados por familiares o ambas cosas.

Las familias fueron clasificadas según lo planteado por *Ruiz Rodríguez*³ y se les aplicó el apgar familiar de *Smilkstein*. La información obtenida se procesó por me-

dios computarizados, y se presenta en tablas estadísticas en las que se utilizó el porcentaje como medida de resumen.

Resultados

La mayoría de los pacientes estudiados (66 %) se ubicó en el grupo de 15 a 19 años, con predominio representativo del sexo femenino. Las manifestaciones psicopatológicas más comúnmente halladas en los pacientes de riesgo suicida, fueron: ideación suicida, impulsividad y trastornos afectivos con 65,9 %, respectivamente.

En los pacientes con riesgo suicida se recogió la presencia de otro familiar con este antecedente en el 63,7 %, mientras que no ocurrió así en el 86,4 % del grupo control. De igual modo, en el 70,5 % de los primeros prevaleció el antecedente patológico familiar de intento suicida; en tanto que no se registró este elemento en el 86,4 % de los controles.

Entre las causas más frecuentes por las que fueron clasificados como de riesgo suicida figuraron (tabla 1): antecedentes de intento suicida (31,8), embarazo precoz (22,7 %) y anuncio del suicidio (15,9 %); seguidos por gesto suicida (9,1 %), trastornos depresivos, retraso mental leve asociado a situación familiar inadecuada y jóvenes desocupados (6,8 % cada una).

TABLA 1. Distribución de pacientes de riesgo según causas y estructura familiar

Causas de riesgo	Nuclear		Estructura familiar				Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Antecedente de intento de suicidio	6	13,6	6	13,6	2	4,5	14	31,8
Embarazo precoz	7	15,9	3	6,8	-	-	10	22,7
Anuncio de suicidio	4	9,1	3	6,8	-	-	7	15,9
Gesto suicida	1	2,3	3	6,8	-	-	4	9,1
Otros	3	6,8	6	13,6	-	-	9	20,5
Total	21	48	21	48	2	4,5	44	100

Fuente: Encuesta.

El apgar familiar se comportó moderadamente funcional en 19 pacientes, severamente disfuncional en 16 y altamente funcional en 9 (tabla 2). Por su parte, en el grupo control fue como sigue: altamente funcional, moderadamente funcional y severamente disfuncional con 25, 17 y 2 pacientes, respectivamente.

En cuanto a la atmósfera afectiva (tabla 3), en el grupo de riesgo se halló: alegría en 21 pacientes, tristeza en 14, cólera en 8 y apatía e indiferencia en 1; en ese mismo orden encontramos 34, 7, 1 y 2 pacientes respectivamente en el grupo control. Entre los primeros el modo de manejo familiar fue inadecuado en 27, sin fuerza familiar en 12 y adecuado en 5 (tabla 4) y entre los segundos; manejo adecuado e inadecuado con 17 pacientes en ambos casos, y sin fuerza familiar en los 10 restantes.

Decidimos relacionar a los pacientes según causa de riesgo y estructura familiar (tabla 1), apgar familiar (tabla 2), atmósfera familiar (tabla 3) y forma de manejo familiar (tabla 4), de lo cual obtuvimos resultados interesantes.

Discusión

Nuestros resultados coinciden con los de otros autores en que el riesgo suicida se presenta con mayor frecuencia entre los 10 y 19 años de edad.⁴⁻⁷

En estos pacientes el antecedente personal de intento suicida constituyó un factor importante asociado a la conducta suicida. Uno de los elementos fundamentales en la predicción del suicidio es la existencia de un antecedente; cada año logran privarse de la vida aproximadamente el 1 % de quienes lo intentan, y el 10-20 % de éstos acaban consumando el acto en algún momento ulterior.⁴⁻⁶

No existe un criterio único acerca de la conducta suicida del adolescente, pero el denominador común más corriente, tanto de los intentos como de los suicidios consumados, lo constituye una constelación depresiva de sentimientos de privación, culpa, desamparo y rechazo impulsivo.

Desde *Ajuriaguerra* se admite que las depresiones, psicopatías y esquizofrenia

TABLA 2. Distribución de pacientes de riesgo según causa y apgar familiar

Causas de riesgo	Altamente funcional		Apgar familiar Moderadamente funcional		Severamente disfuncional	
	No.	%	No.	%	No.	%
Antecedente de riesgo suicida	-	-	5	11,4	9	20,5
Embarazo precoz	5	11,4	4	9,1	1	2,3
Anuncio de suicidio	2	4,5	3	6,8	2	4,5
Gesto suicida	-	-	4	9,1	-	-
Otros	2	4,5	3	6,8	4	9,1
Total	9	20,5	19	43,2	16	36,4

Fuente: Encuesta.

TABLA 3. Distribución de pacientes de riesgo según causa y atmósfera afectiva

Causa del riesgo	Atmósfera afectiva								Total	
	Alegría				Tristeza					
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Antecedente de intento de suicidio	6	13,6	6	13,6	2	4,5	-	-	14	31,8
Embarazo precoz	5	11,4	2	4,5	2	4,5	1	2,3	10	22,7
Anuncio de suicidio	5	11,4	-	-	2	4,5	-	-	7	15,9
Gesto suicida	3	6,8	-	-	1	2,3	-	-	4	9,1
Otros	2	4,5	6	13,6	1	2,3	-	-	9	20,5
Total	21	48	14	32	8	18	1	2	44	100

Fuente: Encuesta.

TABLA 4. Distribución de pacientes de riesgo según causa y forma de manejo familiar

Causa de riesgo	Forma de manejo familiar						Total	
	Adecuado		Inadecuado		Sin fuerza familiar			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Antecedente de intento suicida	2	4,5	11	25	1	2,3	14	31,8
Embarazo precoz	-	-	-	-	10	22,7	10	22,7
Anuncio de suicidio	1	2,3	5	11,4	1	2,3	7	15,9
Gesto suicida	2	4,5	2	4,5	-	-	4	9,1
Otros	-	-	9	20,5	-	-	9	20,5
Total	5	11	27	61	12	27	44	100

Fuente: Encuesta.

son los cuadros más asociados al riesgo de suicidio, aunque *Haim* (1969) señala que el antecedente puede recogerse como "normal" o, con mucho, con ciertos rasgos patológicos indefinidos.⁵

En un trabajo sobre riesgo suicida en niños y adolescentes realizados en la Clínica del Adolescente de Ciudad de La Habana, se encontró que la presencia de síntomas depresivos y depresivos-ansiosos es un factor de riesgo importante a tener en cuenta a la hora de evaluar a estos pacientes.⁶

Según *Ajuriaguerra* (1980), entre los jóvenes suicidas se registran tasas elevadas de "taras" suicidas familiares, cuya vía de explicación sería la herencia, al igual que en la enfermedad maniaco-depresiva.⁵ En otros estudios internacionales también se ha puesto de manifiesto la relación entre la presencia de riesgo suicida y la existencia de familiares con antecedentes de intento suicida y riesgo de suicidio.⁷

Un aspecto a tener en cuenta en el análisis de los pacientes con riesgo de suicidio

es la dinámica familiar en la que se desenvuelve el individuo, en este caso el niño y el adolescente.

Conocemos que la ausencia de afecto, de cohesión y de armonía entre los miembros de la familia son elementos relevantes en el origen de la ideación suicida; fue por ello que decidimos aplicar el apgar familiar, el cual puede ser un aspecto más a tomar en consideración a la hora de valorar el nivel o grado de ajuste del sujeto a su ambiente familiar; éste no constituye un instrumento que adopte la familia como unidad de análisis, sino el sujeto como punto de partida y la imagen que éste tiene de su familia.

En un trabajo realizado en Finlandia se halló que las discusiones y pleitos intrafamiliares, así como las relaciones inadecuadas entre los padres, fueron más comunes entre las víctimas jóvenes, mientras que las enfermedades somáticas re-

sultaron más frecuentes entre las de más edad.⁷

En los Estados Unidos se estudiaron pacientes jóvenes suicidas, entre los cuales se encontró disfunción familiar;⁸ hay que señalar que este aspecto no fue evaluado a través del *test* apgar familiar, aunque sí midieron funcionamiento familiar con otros métodos.

La Organización Mundial de la Salud considera que las personas que sufrieron durante la infancia desestructuración del hogar, constituyen uno de los grupos de predisposición o riesgo a la conducta suicida.⁹

Existe una alta frecuencia de coincidencia entre las variables: apgar familiar, atmósfera afectiva y forma de manejo familiar, por lo que a la hora de evaluar a un paciente con riesgo suicida, es preciso tener en cuenta, entre otras, estas características del medio familiar.

SUMARY: A descriptive, prospective and cross-sectional study was conducted in the health area of the "Carlos J. Finlay" Polyclinic, in Santiago de Cuba, in order to compare the family environment of those patients classified as suicide risk with that of the other group with similar characteristics not controlled by this cause. Among the 44 patients at risk that were surveyed, it was found a predominate of the female sex and of ages 15-19. Most of them had been classified as at risk for history of suicide attempt, early pregnancy and suicide announcement. The dysthymic disorders and the incipient alterations of the disinhibited-type personality prevailed in the pathological personal history corresponding to the psychiatric sphere. The family pathological history of suicide risk and attempt proved to be more frequent in the study group than in the control group. Family dysfunction and the absence of both parents were factors associated with the suicide risk. Suicide ideas, impulsiveness and the affective disorders were the commonest psychopathological manifestations.

Subject headings: **FAMILY RELATIONS; SUICIDE, ATTEMPTED; RISK GROUPS; ADOLESCENT PSYCHOLOGY.**

Referencias Bibliográficas

1. Martínez Gómez C. La familia y las necesidades psicológicas del niño. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1993;9(1):69.
2. Manual internacional diagnóstico-estadístico de los trastornos mentales, DSM IV. París: Masson, 1995:13-24.
3. Ruiz Rodríguez G. La familia, concepto, funciones, estructura, ciclo de vida familiar, crisis de familia, ambiente familiar y apgar familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1990;6(1):58-73.
4. Brobeck D, Beer J. Depression, self-esteem, suicide ideation, death anxiety among high school students of divorced or non divorced parents. *Psychol Rep* 1992;71(3):755-63.

5. Fernández Amezcúa R, Márquez Tost E. El suicidio en los adolescentes. Una revisión bibliográfica. *Rev Hosp Psiquiatr Habana* 1994;35(1):61-5.
6. Backee N, Bandera Rosell A, Gutiérrez Baró E, López Pardo C. Riesgo suicida en niños y adolescentes. *Rev Hosp Psiquiatr Habana* 1994;35(1):37-41.
7. Marttunen MJ, Henriksoon NW, Heikkinen ME, Isomets ET, Lnnquist JK. El suicidio entre muchachos adolescentes: caracterización y comparación con varones en el grupo de edad de 13 a 22 años. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1995;34(10):1297-307.
8. Catham LR, Knight K, Joe GW, Simpson DD. Suicidality in a sample of methadone maintenance clients. Institute of Behavioral Research, Texas Christian University. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995;21(3):345-6.
9. Calvo Oliva T. Hogar roto y conducta suicida. *Rev Hosp Psiquiatr Habana* 1989; 30(2):267-74.

Recibido: 19 de octubre de 1998. Aprobado: 18 de diciembre de 1998.

Dra. *Ariane Hernández Trujillo*. San Basilio # 131 e/ Padre Pico y Teniente Rey. Santiago de Cuba, Cuba.