

Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes

Risk factors of suicide attempt in adolescents

MsC. Josefina Noa López ¹ y MsC. Margarita Miranda Vázquez ²

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud. Instructora. Policlínico Docente "Julián Grimau García", Santiago de Cuba, Cuba

² Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud. Profesora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas No.1, Santiago de Cuba, Cuba.

Resumen

Se realizó un estudio de casos y controles para identificar los factores de riesgo asociados al intento suicida en 162 adolescentes del área de salud perteneciente al Policlínico Docente "Julián Grimau García" de Santiago de Cuba en el bienio 2003-2004, de los cuales 54 habían intentado contra su vida y 108 no tenían antecedentes de ese comportamiento (estos últimos seleccionados con una relación de 1:2). Se calcularon la tasa relativa (en inglés *odds ratio*) y el riesgo atribuible porcentual en los individuos expuestos, así como también la significación o no mediante la prueba de Ji al cuadrado, con un nivel de confiabilidad de 95 %. Entre las principales variables analizadas figuraron: edad, sexo, ocupación, escolaridad, antecedentes patológicos familiares y personales, tipo de familia y otros. Los factores de riesgo comúnmente asociados a la conducta suicida fueron: los antecedentes patológicos familiares y los conflictos (familiares, económicos y docentes), por lo cual se estimó que la intervención directa sobre las familias, a cargo del equipo sanitario y otro personal capacitado para ello, será un eslabón estratégico en el control y la disminución de este problema de salud.

Palabras clave: Intento suicida, adolescente, factores de riesgo, atención primaria de salud

Abstract

A study of cases and controls to identify the risk factors associated to suicide attempt was carried out in 162 adolescents of the health area belonging to "Julián Grimau García" Teaching Polyclinic in Santiago de Cuba in the biennium 2003-2004, of which 54 had attempted against their lives and 108 didn't have history of that behavior (the latter selected with a ratio of 1:2). There was an estimate of the relative rate (odds ratio in English) and the percentage attributable risk in the exposed individuals, as well as the significance or not by means of the chi-square test, with a confidence

level of 95%. Among the main variables analyzed there were: age, sex, occupation, educational background, familiar and personal pathological history, kind of family and others. The risk factors commonly associated to the suicidal behavior were: the family pathological history and the conflicts (familiar, economic and teaching conflicts), that is why it was considered that the direct intervention on the families, by the sanitary equipment and other staff qualified for this, will be a strategic link in the control and the decrease of this health problem.

Key Words: suicide attempt, adolescent, risk factors, health primary care

INTRODUCCIÓN

Los logros de la civilización y el proceso social no solo se reducen a los resultados de la actividad humana, porque al variar las condiciones materiales en el entorno y perfeccionarse las relaciones sociales, también cambian las personas y se modifican muy sensiblemente las características sociopsicológicas de sus modos de vida. En relación con esto último se impone acentuar que las reservas orgánicas en ciertos individuos no siempre permiten aceptar esas transformaciones como válidas, lo cual genera en ellos la aparición de ideas suicidas.

Toda vez que el intento suicida cualquier acción mediante la cual el individuo se produce una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y el conocimiento real de su intención, debe verse a la luz del saber actual como una falla de sus mecanismos de adaptación al medio ambiente, provocada por una situación conflictiva en ese momento o permanente, que genera un estado de tensión emocional, así como también atribuible a un desequilibrio de su psicología interna, originado por las diversas causas y factores que intervienen en el hecho.^{1,2}

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, en el orbe se suicidan alrededor de 1 110 personas diariamente y cientos de miles intentan hacerlo cada día. Este notable incremento ha venido observándose en Europa Occidental y otros países como Japón, donde 1 000 de las 25 000 personas que se suicidaron en 1986, eran jóvenes menores de 20 años.²

En Estados Unidos de Norteamérica se produjeron en 1988 alrededor de 5 000 suicidios, todos materializados por habitantes de 15 a 24 años; y en 1994 fue la tercera causa de muerte en adolescentes.²

La conducta suicida en niños y adolescentes se ha incrementado en las últimas décadas, según estadísticas foráneas, lo cual despierta gran interés en los profesionales de la salud, maestros, padres y otros grupos sociales, Cuba no está exenta de esta problemática, pues el suicidio ha ido aumentando en las últimas décadas hasta ubicarse entre las primeras causas de muerte.³

En la provincia de Santiago de Cuba, al igual que en el área de salud donde se realizó la investigación, el intento suicida experimentó un ligero ascenso numérico y fue el acicate para valorar las principales móviles de esa negativa actitud en la joven población de esa zona urbana.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de casos y controles sobre los factores de riesgo del intento suicida en adolescentes durante el bienio 2003-2004, pertenecientes al área de salud del Policlínico Docente "Julián Grimau García" de Santiago de Cuba.

El grupo de estudio estuvo integrado por 54 adolescentes de 11 a 19 años de edad, de ambos sexos, por no informarse tentativa alguna al respecto a los 10 años; el grupo de control, seleccionado a razón de 1:2 a través de un muestreo aleatorio simple y por el método de la lotería, quedó conformado por aquellos 128 con características análogas a los primeros, pero que no habían intentado suicidarse.

Una vez estructurados los grupos, se consideró como factor de riesgo toda variable o condición cuya presencia revelaba un daño a la salud. A los efectos, se solicitó el consentimiento informado de los participantes para intervenir en la investigación.

Con vista a procesar los datos obtenidos se utilizaron los sistemas de gestión FoxBase y de información epidemiológica Epi Info 6. También se calcularon la tasa relativa [en inglés odds ratio (OR)], el riesgo atribuible porcentual en los individuos expuestos, el riesgo relativo (RR) a través de la razón de productos cruzados, así como también la significación o no mediante la prueba de Ji al cuadrado, con un valor significativo para la probabilidad por debajo de 0,05 y un nivel de confiabilidad de 95 %. Si existan celdas con valores inferiores a 5 se procedió al cálculo del test exacto de Fisher.

Tanto para el análisis crudo de las variables que permitían la estratificación como para la precisión de las posibles confusoras, se estimaron los OR estratificado y global por Mantel y Haensel (RMH):

OR global > OR estratificado: efecto maximizado
OR global < OR estratificado: efecto minimizado
OR global = OR estratificado: no efecto

Las variables se consideraron como:

- Factor de protección eficaz: Cuando OR estaba entre 0 y 0,5.
- Factor de cierto beneficio: Cuando OR oscilaba entre 0,6 y 0,8.
- Riesgo débil: Cuando OR fluctuaba entre 1,2 y 1,6.
- Riesgo moderado: Cuando OR se hallaba entre 1,7 y 2,5.
- Riesgo fuerte: Cuando OR excedía de 2,5.

También se calcularon:

El riesgo atribuible (RA), que posibilitó precisar la fracción del daño a la salud correspondiente a un determinado factor; y el riesgo atribuible en expuesto porcentual (RAe %), interpretado como el porcentaje del riesgo que se produjo bajo la influencia del factor considerado sobre la población expuesta, teniendo en cuenta que el riesgo total de esta era igual a la unidad por el efecto de múltiples factores.

RESULTADOS

En el grupo de estudio predominaron los que tenían entre 14 - 16 años (24, para 44,4 %) y las adolescentes (94,5 %).

Los antecedentes patológicos familiares estuvieron presentes en 35 de los integrantes del primer grupo (64,8 %) y solo en 19 del segundo (17,6 %), lo cual fue altamente significativo ($p < 0,01$). El riesgo relativo estimado fue de 8,63, con un intervalo de confianza de 3,85; 19,61, lo que evidenció ser un factor de riesgo, con 8,63 veces más probabilidades de realizar un intento suicida cuando existía ese factor. Entre las causas más frecuentes ello figuraron las alteraciones psiquiátricas, el intento suicida y el alcoholismo.

Al analizar los conflictos familiares se halló que los había en 35 del grupo de estudio (64,8 %) y apenas en 24 de los controles (22, 2 %). El riesgo relativo estimado fue de 6,45, con un IC de 2,96; 14,17, para una asociación causal de $p < 0,01$.

Los conflictos económicos eran comunes en 25 de los adolescentes del primer grupo (46,3 %) y en 27 del segundo (25,0 %), con un riesgo relativo estimado de 2,59 y un intervalo de confianza al 95 % de 1,23; 5,47, lo cual tuvo significación ($p < 0,05$); los conflictos docentes eran experimentados por 28 y 27 del total, para 51,8 y 25,0 %, respectivamente, con un riesgo relativo estimado de 3,23 y un intervalo de confianza de 1,53; 6,83, altamente significativo ($p < 0,01$).

Entre los factores de riesgo (**tabla**) prevalecieron los conflictos familiares, teniendo en cuenta que a este se le atribuyeron 5,45 de los casos de intentos suicidas en el área, de manera que al eliminarse teóricamente se reduciría en 84,5 % esa conducta en la población expuesta; situación similar a lo encontrado con los conflictos docentes, que disminuirían en 69,0 %.

Como se muestra, primaron los antecedentes patológicos familiares, a los que se atribuyeron 7,63 de los intentos suicidas, de modo que si fuesen eliminados teóricamente, se reduciría la intención de atentar contra su vida en 88,4 %.

Tabla. *Indicadores de impacto de los factores de riesgo asociados al intento suicida*

Factores de riesgo	OR	RA	RAe %
Antecedentes patológicos familiares	8,63	7,63	88,4
Antecedentes patológicos personales	1,38	0,38	27,5
Familia no nuclear	1,36	0,36	26,5
Conflictos familiares	6,45	5,45	84,5
Conflictos económicos	2,59	1,59	61,4
Conflictos judiciales	1,37	0,32	27,0
Conflictos docentes	3,23	2,23	69,0

DISCUSIÓN

La mayor incidencia del intento suicida se obtuvo en los adolescentes de 14 -16 años; resultados reveladores de que a estas edades existe una tendencia más acentuada a

dañarse a sí mismos, presumiblemente atribuible a la mal llamada "crisis de la adolescencia", que suele acompañarse de conflictos y trastornos emocionales.³ La primacía del sexo femenino pareció ser, en las adolescentes, de un funcionamiento psicótico o de la existencia en ellas de sentimientos de desesperanza y poca habilidad para resolver problemas; síntomas propios de los estados depresivos.⁴

Entre los conflictos que pueden producirse durante la crianza del niño, las agresiones frecuentes y el maltrato físico por parte de sus tutores, con el consecuente efecto de miedo y sentimiento contradictorio, son factores potencialmente psicopatógenos, capaces de desencadenar ideación e intento suicida, debido a la impulsividad de los afectados.⁵

La forma de manejar estas situaciones por parte de los padres y otros familiares influye en la presencia de psicopatología en los adolescentes, sobre lo cual incide también la utilización de métodos correctivos inadecuados, que lejos de corregir la conducta inapropiada, pueden reforzarla o hacer que surjan comportamientos rebeldes hacia la autoridad de los progenitores.⁵

De igual manera, la *per cápita* familiar es una variable sugestiva de cambiar la conducta de los individuos, pues determina el desarrollo sociocultural de los miembros de una familia. Niveles socioeconómicos muy bajos son propulsores de la conducta suicida,^{6,7} aunque se sabe que lo más importante es el afecto, la cohesión y la armonía intrafamiliares.

Entre los conflictos docentes figuraron, en orden de frecuencia: bajas notas, desaprobación de asignaturas y repetición de grado. Se impone señalar que estos conflictos no suelen ser aceptados o asimilados por los adolescentes de ambos sexos, puesto que sus trastornos emocionales les impiden resolverlos, al verse afectadas la atención y la asimilación en muchas ocasiones.^{8,9}

Sobre los restantes factores de riesgo, aunque menos comunes, debe igualmente actuarse para lograr su control o eliminación, según corresponda; de ello 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 infantil y adolescente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castellanos Luna T, Carrillo Alfonso T, Cuervo Socarrás N, Molinet Arozarena H. Intento suicida en el niño y en el adolescente. Rev Hosp Psiqu La Habana 2007; 4(3):1-2.
2. Torres Li-Coo V, Rodríguez Valdés NR, Font Darías I, Gómez Arias M, García García CM. Aspectos relacionados con el intento suicida en adolescentes ingresados en el Centro Nacional de Toxicología. Rev Cubana Med Mil 2006; 35 (2):22-4.
3. Pérez Reyna E, Hernández Trujillo A, Pérez Reyna M, Cardero Montoya D, Beatón Lobaina YB. Modificación de conocimientos en profesores de la Escuela de Instructores de Artes "Pepito Tey" sobre la prevención del intento suicida en adolescentes [artículo en línea] MEDISAN 2008;12(4). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_4_08/san02408.htm> [consulta: 21 noviembre 2008].

4. Arias Gutiérrez M, Marcos Fernández SG, Martín Jiménez M, Arias Gutiérrez JM, Deronceré Tamayo O. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo [artículo en línea] MEDISAN 2009;13(1). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san05109.htm> [consulta: 21 noviembre 2008].
5. Keilp J, Sackeim H, Brodsky B, Oquendo M, Malone K, Mann J. Neuropsychological dysfunction in depressed suicide attempters. Am J Psychiatr 2001; 158:735-741.
6. Pérez Olmos I, Rodríguez Sandoval E, Dussán Buitrago M. Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil en el período 2003-2005 en Bogotá. Rev Salud Pública 2007; 9(2):230-40.
7. Rodríguez Méndez O. Salud mental infanto-juvenil. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 2006:185-204.
8. Larrobla C, Pouy A. Intento de autoeliminación y consumo de sustancias psicoactivas. Rev Med Urug 2007; 23(4):339 - 50.
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de prácticas clínicas para la atención integral al adolescente. La Habana: Ministerio de Salud Pública, 1999.

Recibido: 5 de febrero de 2009

Aprobado: 3 de marzo de 2009

MSc. Josefina Noa López. Policlínico Docente "Julián Grimau García", avenida de Los Libertadores y Paseo de Martí, Santiago de Cuba, Cuba
Dirección electrónica: mmiranda@medired.scu.sld.cu