

Principales factores de riesgo relacionados con el intento suicida en un grupo de adolescentes

Main risk factors related to suicidal attempt in a group of adolescents

Dra. Mileydis Alvarez Caballero, Dr. Victor M. Camilo Colas, Dra. Mercedes Barceló Román, Lic. Yailen Sánchez Maso y Dra. Yailín Fajardo Vals

Policlínico Docente "José Martí Pérez", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal y retrospectivo de 87 adolescentes, quienes atentaron contra sus vidas, desde enero del 2012 hasta diciembre del 2014, pertenecientes al Policlínico Docente "José Martí Pérez" de Santiago de Cuba, a fin de determinar los principales factores de riesgo de intento suicida en este grupo poblacional. Predominaron las féminas (73,5 %), el grupo etario de 15-19 años (60,9 %), las familias disfuncionales (72,4 %) y la ingestión de psicofármacos como el método empleado con mayor frecuencia (51,7 %). Los principales factores predisponentes fueron: antecedentes familiares hereditarios (19,5 %), violencia domiciliaria (18,3 %), así como trastornos de conducta y depresiones (17,2 %).

Palabras clave: adolescente, intento suicida, factor de riesgo, atención primaria de salud.

ABSTRACT

A longitudinal and retrospective descriptive study of 87 adolescents that attempted against their lives was carried out from January, 2012 to December, 2014. They belonged to "José Martí Pérez" Teaching Polyclinic in Santiago de Cuba, in order to determine the main risk factors of suicidal attempt in this population group. The female sex (73.5%), the 15-19 years age group (60.9%), the dysfunctional families (72.4%) prevailed and the psychotropic drug consumption was the method most frequently used (51.7%). The main predisposing factors were: hereditary family history (19.5%), domiciliary violence (18.3%), as well as behavioral dysfunctions and depressions (17.2%).

Key words: adolescent, suicidal attempt, risk factor, primary health care.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia se puede definir como la edad o periodo tras la niñez, que comprende desde la pubertad hasta el desarrollo completo del organismo. Es la etapa de la vida donde ocurren más cambios psicológicos, fisiológicos y físicos, aunque estos últimos son los más notorios. Estos cambios varían según el sexo y la persona.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) postula que este periodo se encuentra entre los 11 y 19 años. Se divide en adolescencia temprana (12 a 14 años) y tardía (15 a 19 años).¹ Es una época de identidad sexual y relaciones sociales, cuando la

necesidad de independencia contradice a menudo las reglas y expectativas que otras personas establecen. El suicidio y el intento de realizarlo constituyen las manifestaciones dramáticas del fracaso de los adolescentes al enfrentarse a ese nuevo mundo; en consecuencia, como ellos ponen en tela de juicio lo histórico y social, amenazan con crear un conflicto de generaciones.²

Por su parte, la OMS define el acto suicida como toda acción por la cual un individuo se causa a sí mismo un daño con independencia del grado de intención y de que se conozcan los verdaderos motivos; el suicidio, como la muerte que resulta de un acto suicida, es decir, la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. El intento suicida junto al suicidio son las 2 formas más representativas de la conducta suicida,³ la cual se conoce desde la misma existencia del hombre, con marcada connotación en las civilizaciones más antiguas durante la edad media y disminución de su incidencia posteriormente. Luego reapareció en el siglo XVIII de forma impetuosa y se ha mantenido hasta la actualidad.⁴

Se sustenta que el intento de suicidio es un fenómeno multicausal, no atribuible a un suceso aislado o específico y constituye uno de los factores de riesgo más importantes para la consecución de un suicidio. Se estima que entre 2 y 12 % de la población joven ha tratado de quitarse la vida y constituye un motivo frecuente de consulta en salud mental, así como un grave problema para la salud pública.⁵

Al respecto, estudios recientes señalan que el suicidio representa la tercera causa de muerte de adolescentes en el mundo, y que las tasas de suicidio global han aumentado en 60,0 % en los últimos 45 años. Asimismo, la mayoría de los países informan que las tasas de suicidio en este grupo poblacional aumentan de forma alarmante.⁶ El Centro de Prevención del Suicidio de Los Ángeles (California) notificó una tasa de 16 por cada 100 000 habitantes, de los cuales 43,0 % tenían de 12 a 20 años. En países de América, el suicidio ha figurado en el tercer o cuarto lugar de las causas de defunciones en las edades entre 15 y 44 años y representa 6,5 % del total de las muertes en este grupo etario. Según la OMS la tasa de suicidio en los últimos 45 años se ha incrementado en 60,0 % y actualmente se encuentra entre las principales causas de muerte en las personas de 15 a 44 años, de ambos sexos.^{7,8}

En Cuba durante 2012–2013 el suicidio ocupó el oncenavo lugar entre las 35 principales causas de muerte, con una tasa de 13,3 por cada 100 000 habitantes. Ahora bien, en el 2013, la muerte por esta causa en la provincia de Santiago de Cuba estuvo en el noveno lugar, con una tasa de 11,9 por cada 100 000 habitantes.⁹ En el municipio cabecera de esta provincia en ese mismo año, el intento suicida en adolescentes se duplicó con respecto al 2012, con una tasa de 12 por 100 000 habitantes y en el 2014 se halló una cifra de 192 intentos, con una tasa de 10,8 por cada 100 000 habitantes.¹⁰ De igual manera, en el policlínico donde se realizó esta investigación se produjeron un total de 87 intentos en este grupo etario, para una tasa de 12,9 por cada 10 000 habitantes en el 2013 y 9,2 por cada 10 000 habitantes en el 2014, todo lo cual motivó la realización de este estudio.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva, longitudinal y retrospectiva sobre los factores de riesgo relacionados con el intento suicida en adolescentes. El universo estuvo constituido por 87 pacientes, quienes pertenecían al Policlínico Docente "José Martí Pérez" del municipio de Santiago de Cuba, los cuales atentaron contra sus vidas en el periodo comprendido desde enero del 2012 hasta diciembre del 2014.

Para la obtención de los datos se realizó una visita a los departamentos de Higiene y Epidemiología, así como Estadística, a la Dirección Municipal de Salud, al Centro de Salud Mental Municipal y los consultorios médicos de familia donde pertenecían estos adolescentes. Previo consentimiento de los galenos, se revisaron las historias de salud individual, hojas de egreso e historias de salud familiar de estos pacientes.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tipo de familia según funcionamiento, factores de riesgo y método empleado. Se utilizó el porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

Como se observa en la tabla 1 existió un predominio del sexo femenino con 73,5 % y del grupo etario de 15-19 años, con 60,9 %.

Tabla 1. Adolescentes con intento suicida según edad y sexo

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
10-14	9	10,3	25	28,7	34	39,1
15-19	14	16,0	39	44,8	53	60,9
Total	23	26,3	64	73,5	87	100,0

En cuanto al tipo de familia según su funcionamiento (tabla 2) se halló una prevalencia de la familia disfuncional, con 63 para 72,4 %.

Tabla 2. Familia de los adolescentes con intento suicida según su funcionamiento

Funcionabilidad	No.	%
Disfuncional	63	72,4
Funcional	24	27,6
Total	87	100,0

Se encontró una primacía del antecedente familiar hereditario con 19,5 %, seguido de la violencia domiciliaria con 18,3 % y de los trastornos de conducta y depresiones con 17,2 % (tabla 3).

Tabla 3. Factores de riesgo predominantes en los adolescentes con intento suicida

Factores de riesgo	No.	%
Antecedentes familiares hereditarios	17	19,5
Violencia intradomiciliaria	16	18,3
Trastornos de conducta y depresiones	15	17,2
Ruptura de relación amorosa	12	44,6
Oposición de los padres a relaciones amorosas	7	8,0
Intento suicida anterior	6	6,8
Enfermedad psiquiátrica del adolescente	5	5,7
Rechazo escolar	4	4,6
Homosexualidad	4	4,6
Defectos físicos	3	3,4

En relación con el método empleado por los adolescentes, como se muestra en la tabla 4, el más utilizado fue la ingestión de psicofármacos con 51,7 %.

Tabla 4. Intento suicida en adolescentes según método empleado

Método empleado	No.	%
Ingestión de psicofármacos	45	51,7
Ingestión de otros medicamentos	24	27,6
Ingestión de sustancias tóxicas	11	12,6
Quemaduras	4	4,6
Cortaduras de venas	3	3,4
Total	87	100,0

DISCUSIÓN

El intento suicida en los adolescentes y jóvenes se han incrementado considerablemente en las últimas décadas. Según diversos estudios, en este periodo existe un incremento de la carga de presiones o responsabilidades individuales, que unido a la inexperiencia e inmadurez generan tropiezos, lo cual puede traducirse en momentos de angustia, soledad y frustración, que propician factores de riesgo para cometer un acto o conducta suicida.^{5,11}

Los resultados de este estudio coinciden con los de otros autores^{2,11} en cuanto al grupo etario que con mayor frecuencia realizó intento suicida (15-19 años), esto se debe a que es la etapa donde se desarrollan una serie de cambios para entrar en la adultez y se toman decisiones importantes en la vida de las personas. El suicidio antes de los 15 años es inusual, este aumenta con la edad.

En cuanto al sexo, el femenino predominó en la mayoría de las investigaciones consultadas,^{11,12} lo cual concuerda con los datos encontrados en este estudio. Por otra parte, se plantea que los suicidios completados son más comunes en los hombres,⁹ pues las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas. Existen varios criterios para entender la diferencia entre ambos sexos en relación con el tema, pues se dice que los hombres estarían más expuestos a sufrir las consecuencias de las fluctuaciones socioeconómicas y por ello utilizan medios más violentos; por tanto, el intento de suicidio es más exitoso en ellos que en las féminas; en cambio, en estas prevalece el intento fallido, debido al predominio de la depresión, por lo cual la mayoría de las veces se logra evitar que el hecho se consuma, puesto que utilizan métodos menos letales.¹³

Algunos consideran que la globalización y el avance de las tecnologías de la información contribuyen a tal incremento, particularmente, por el estrés asociado a un ritmo de vida más rápido, los conflictos de poder y la competencia permanente entre las personas.¹⁴

Las relaciones familiares disarmónicas predominan en los suicidas, puesto que no son capaces de conciliar los intereses y necesidades individuales.^{11,15} Se plantea que la disfunción familiar aumenta la vulnerabilidad de las familias para que aparezcan conductas autodestructivas entre sus miembros; su acción debilita la base afectiva emocional de la personalidad, que obstaculiza el desarrollo y la eficiencia de los

mecanismos autorreguladores y afecta la capacidad regenerativa del sistema familiar para amortiguar y modificar tanto la acción como el efecto de estos mecanismos.^{5,6}

El buen funcionamiento familiar puede considerarse un factor protector indirecto de la ideación suicida. Se relaciona positivamente con la autoestima social y, negativamente, con la sintomatología depresiva, así como los problemas de integración escolar se relacionan de manera positiva con la sintomatología depresiva y la victimización escolar; estas dimensiones tienen una relación directa con la ideación suicida, sobre todo si existe violencia como se plantea en algunas bibliografías.^{2,12} Las familias armónicas, equilibradas y con interacciones positivistas muestran mejores capacidades adaptativas para enfrentar con éxito las frustraciones existenciales, así como la reestructuración de la convivencia familiar de manera creadora ante eventos generadores de sufrimiento como los aquí mencionados; por tanto, no puede soslayarse que los factores de riesgo de la conducta suicida son múltiples y en la multicausalidad de estos, la familia de donde procede la víctima es solo un factor entre muchos, pues la mala capacidad de adaptación no es posible atribuirla únicamente a disfunciones familiares, cuando existen también otros elementos que favorecen esa errada actitud ante la vida.²

Los antecedentes de conducta suicida en la familia de los pacientes pudieran deberse a un aprendizaje por imitación, pues con frecuencia se encuentran familiares que han intentado o consumado el suicidio, el impacto de tal conducta hace que los adolescentes tengan una inadecuada movilidad de sus catexias y una ambivalencia emocional y conductual.¹² Algunos plantean que la conducta suicida no se hereda, pero sí la predisposición genética para padecer determinadas enfermedades mentales; por consiguiente, en los pacientes con dicha intención hay que precisar si existen esos antecedentes patológicos familiares para poder intervenir en la reducción del riesgo suicida, pues para prevenir ese comportamiento deben promoverse modos de vida saludables.¹⁶

Ahora bien, la violencia doméstica no solo se manifiesta con golpes físicos, sino mediante formas más sutiles, pero que pueden ser tan destructivas de la personalidad como las que lastiman físicamente, por lo cual se reconocen variedades de presentación y consecuencias disímiles. Una de las formas clínicas de la violencia es la humillación, basada en la etiquetación y comparación de los adolescentes con otros. Asimismo, en su estudio Hernández *et al*² encontraron maltrato físico y psicológico.

En la bibliografía médica internacional se refiere que de 40 a 70 % de los adolescentes aquejados por depresión presentan 2 o más diagnósticos comórbidos, siendo los más frecuentes la distimia, los trastornos de ansiedad, el trastorno por dificultad en la atención e hiperactividad, los trastornos de conducta disruptiva y el abuso de sustancias.¹² La depresión que algunos estudios asocian con la ideación suicida hace referencia a una serie de características como cambios notables en el estado de ánimo encubiertos por irritabilidad o problemas de conducta, desesperanza y falta de capacidad para disfrutar lo que se hace.¹⁴

Con respecto al método empleado todas las bibliografías consultadas se asemejan en que la utilización de psicofármacos es el más utilizado, esto es directamente proporcional con el sexo, por lo expuesto anteriormente.^{11,17} Los psicofármacos utilizados con mayor frecuencia son los ansiolíticos y antidepresivos; entre otros medicamentos se ha encontrado la ingestión de analgésicos.⁴

Se pudo concluir que es importante promover una adaptación saludable en los adolescentes, lo que aportará a los jóvenes recursos que faciliten su desarrollo personal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ¿Qué es la adolescencia? [citado 19 Feb 2015].
2. Hernández Trujillo A, González- Elías IE, López Acosta YM. Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia. MEDISAN. 2013 [citado 22 Mar 2014];17(12).
3. Cortés Alfaro A. Conducta suicida adolescencia y riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr. 2014 [citado 22 Dic 2014]; 30(1).
4. Moreno Campa C, Díaz Cantún CL, Soler Santana R, Brossard Cisnero M, Carbonell García IC. Caracterización epidemiológica de la conducta suicida en la provincia de Santiago de Cuba. MEDISAN. 2012 [citado 22 Dic 2014]; 16(2).
5. Cortés Alfaro A, Aguilar Valdés J, Suárez Medina R, Rodríguez Dávila E, Durán Rivero JS. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011 [citado 30 Abr 2013]; 27(1).
6. Sánchez Sosa JC, Villarreal González ME, Musitu G, Martínez Ferrer B. Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. Psychosocial Intervention. 2010 [citado 30 Dic 2014]; 19(3).
7. Pérez Quiroz A, Uribe Alvarado JI, Vianchá MA, Bahamón Muñetón MJ, Verdugo Lucero JC, Ochoa Alcaráz S. Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes. Psicol Caribe. 2013 [citado 22 Dic 2014]; 30(3).
8. Informe de Desarrollo Humano 2011. España: Mundi libros S.A; 2012. p. 42,54.
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Informe estadístico anual 2013. La Habana: MINSAP. p. 12,31,37.
10. Santiago de Cuba. Dirección Provincial de salud. Reunión Metodológica de Salud Mental. Santiago de Cuba: DPS; 2014.
11. Noa López J, Miranda Vázquez M. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. MEDISAN. 2010 [citado 30 Dic 2014];14 (3).
12. Sarmiento Hernández EI, Ulloa Flores RE, Brenes Prats ME, Camarena Medellín B, Aguilar García A, Hernández Muñoz S. El polimorfismo 5-HTTLPR y el intento suicida en adolescentes deprimidos. Salud Ment. 2014 [citado 30 Dic 2014]; 37(2).
13. Pérez Amezcua B, Rivera Rivera L, Atienzo EE, De Castro F, Leyva 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 Méx. 2010 [Citado 22 Dic 2014]; 52(4).

14. Córdoba Moreno MA, Cubillas Rodríguez MJ, Román Pérez R. ¿Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato. *Pensam Psicol.* 2011 [citado 19 Febr 2015]; 9(17).
15. Ventura Juncá R, Carvajal C, Undurraga S, Vicuña P, Egaña J, Garib MJ. Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Rev Med Chile.* 2010 [citado 22 Dic 2014]; 138(3).
16. Suicidio y comportamiento suicida [citado 9 Ene 2015].
17. Pérez Collado J, Pérez Collado T, Azcuy Collado M, Mirabal Martínez G. Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad. *Rev Cubana Invest Bioméd.* 2014 [citado 9 Ene 2015]; 33(1).

Recibido: 30 de abril de 2015.

Aprobado: 7 de octubre de 2016.

Mileydis Alvarez Caballero. Policlínico Docente "José Martí Pérez", bloque L,
Centro Urbano "José Martí", Santiago de Cuba, Cuba.
Correo electrónico: mialvarez@medired.scu.sld.cu