

DATOS DE REGISTRO

TITULO ACADEMICO: Doctora en Medicina. Especialista en Medicina General Integral y residente de tercer año en Psiquiatría infantil.

NOMBRE: Iris Dany

APELLIDO: Carmenate Rodríguez

FECHA DE NACIMIENTO: 18/10/71

TELÉFONO PARTICULAR: 33-7383

DIRECCION: Camino El guajén, Número 10, antiguo polígono militar, reparto Colón Sancti Spíritus. Cuba.

CODIGO POSTAL: 64240

CIUDAD: Sancti Spíritus. Provincia Sancti Spíritus

PAIS: Cuba

TITULO DEL LIBRO: Comportamiento epidemiológico del intento suicida Infanto – Juvenil en dos áreas del municipio de Sancti Spíritus. Año 2006-2010

Coautores:

Licenciada en Psicología Nila Roche Batista. Master en Educación Superior. Profesor asistente.

Dra. Cira Delia Alfonso Mursulí. Especialista en Medicina General Integral y en Psiquiatría Infantil. Master en Atención Integral al niño. Profesor Instructor.

Los coautores estamos de acuerdo con que, Iris Dany Carmenate Rodríguez, nos represente ante cualquier eventualidad con respecto a nuestro proyecto.

Título: Intento suicida en la adolescencia.

Subtítulo: Comportamiento epidemiológico del intento suicida Infanto – Juvenil en dos áreas del municipio de Sancti Spíritus. Año 2006- 2010

Título corto: Comportamiento del intento suicida en adolescentes.

Palabras Claves:

Conducta suicida

Intento suicida

Riesgo suicida

Adolescencia

Plan de acción

Resiliencia

Contraportada

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con el objetivo de determinar el comportamiento del intento suicida en niños y adolescentes egresados del Hospital Pediátrico Provincial Docente “José Martí y Pérez” pertenecientes a las áreas de salud: Policlínico Sur y Olivos I de la cabecera provincial, en el período enero de 2006 a diciembre del 2010. El universo estuvo constituido por 33 niños y adolescentes que ingresaron por intento suicida, la muestra quedó constituida por 25. Se revisaron documentos oficiales como las historias clínicas correspondientes; quedaron excluidos 8 pacientes cuyas historias clínicas no se encontraron en el archivo en el momento de realizar la investigación. Se procesó la información en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, el informe se elaboró en Microsoft Word. Se aplicaron técnicas estadísticas de tipo descriptivo a través de la distribución de frecuencia relativa (%) y frecuencia absoluta (N). Se trabajó con una muestra intencional no probabilística y se utilizó el método de observación directa de documentos que contenían todos los estudios realizados. Predominó el grupo de 13 a 16 años y el sexo femenino, el mayor número de casos quedó perteneció a la secundaria sin terminar y procedencia de escuelas rural. La familia nuclear, la presencia de factores psicopatogenizantes como la inconsistencia y los antecedentes patológicos familiares de trastornos psiquiátricos tuvieron gran representación. Predominaron los conflictos familiares, seguido de los escolares. Al evaluar el intento suicida la poca seriedad, la gravedad baja y el método riesgoso no letal

ocupó la mayoría de los casos. Se propuso un plan de acción para ser valorada y evaluada su aplicación por los equipos de salud mental de la comunidad.

ÍNDICE

Capítulos	Contenidos	Páginas
	Índice	1
	Introducción	3
	Contexto histórico social del objeto	3
	Antecedentes	7
	Definición del problema	10
	Objetivos	11
Capítulo I	Marco teórico conceptual	13
	Consideraciones conceptuales sobre conducta suicida	13
	Factores de riesgos en la niñez	14
	Síntomas que anuncian el riesgo de intento suicida en estas edades.	17
	Factores protectores	18
	Evaluación del intento suicida	18
	Intento suicida y adolescencia	20
	Adolescente y escuela	21
	Intento suicida y trastornos psicopatológicos	22
	Consideraciones sobre familia. Su concepción sistémica	22
	Propuesta de un plan de acción para la prevención del intento suicida	27
Capítulo II	Diseño metodológico	28
	Operacionalización de las variables	29
	Métodos	34
	Consideraciones éticas	37
Capítulo III	Resultados y discusión	38

	Presentación de la propuesta del plan de acción	65
	Conclusiones	70
	Recomendaciones	71
	Revisión bibliográfica	72
	Anexos	82

INTRODUCCIÓN

"Todo intento de suicidio de un adolescente está dirigido a otro y trata de expresar una demanda de afecto, de amor, de ser escuchado y reconocido como persona. Debe ser interpretado como una pregunta que requiere una respuesta" ⁽¹⁾.

El intento de suicidio constituye un problema importante de salud, un verdadero drama existencial del hombre, reconocido desde la antigüedad, recogido en la Biblia y otras obras literarias de entonces. En la Era Cristiana, fue considerado un pecado, siendo perseguido y condenado por la Iglesia todo individuo con conducta suicida. Actualmente la conducta suicida es considerada como un hecho de causas multifactoriales en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. El intento suicida y el suicidio son las dos formas más representativas de la conducta suicida; aunque representa un continuum que va desde la idea suicida hasta el suicidio. El intento suicida o parasuicidio es definido como 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 ^(2,3).

Ha sido visto como un acto indiferente o elogiado, ya que la muerte sólo era un cambio de forma de existencia. En Europa los celtas escogían el suicidio y sus variantes para poner fin a sus vidas, ya que se glorificaba a los que se daban muerte voluntariamente. Los romanos, bajo la influencia del *estoicismo* (esencialmente es una filosofía de la libertad, o más bien, de la liberación), admitían muchas razones legítimas para su práctica ⁽⁴⁾. Sin embargo, desde el punto de vista filosófico, se ha abordado por un gran filósofo, San Agustín de Hipona, esta conducta como un acto pecaminoso. El cristianismo aceptó, en los primeros siglos, que el suicidio era admisible en algunas circunstancias, pero esta opinión se fue modificando hasta asumir una actitud

intransigente ^(3,5). De manera general muchas religiones monoteístas lo consideran un pecado, y en algunas jurisdicciones se considera un delito. Por otra parte, algunas culturas, especialmente las orientales, lo ven como una forma honorable de escapar de algunas situaciones humillantes o dolorosas en extremo.

La complejidad de la conducta suicida y el afán por encontrar una explicación satisfactoria ha originado una diversidad de teorías, unas más centradas en los factores sociales causantes del intento de suicidio, y otras en determinadas características personales y motivacionales, que, de alguna manera, puedan predecir los actos suicidas ⁽⁶⁾.

La valoración del suicidio a lo largo de la historia ha ido variando; ha dependido de aspectos culturales (tradiciones, creencias religiosas y políticas), y sociales (familia, estructuras económicas, etc.). En la actualidad las actitudes hacia el suicidio son dispares y contradictorias. El suicidio es un tema abstracto que se filosofa, piensa y comenta, pero nunca una posibilidad de actuar en una situación concreta y con una persona específica. El intento de suicidio se personaliza, pasa de ser una abstracción a ser un tabú. Se niega la posibilidad de que pueda ocurrir y se oculta la verdad si ha ocurrido. Esta situación de oscurantismo que rodea las muertes auto provocadas hace difícil la detección precoz, la prevención y el tratamiento del suicidio ^(3, 7).

Para la comprensión de este fenómeno se requiere un enfoque interdisciplinario que abarque la influencia de factores de índole individual, social y familiar que induzcan a una persona a intentar su autodestrucción ⁽³⁾. Se estudian distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido del oficio de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción sin embargo muchas

veces estos comportamientos no han sido provocados con la finalidad de morir, sino como una expresión de cólera, rabia, frustración, relacionados con factores desencadenantes como la crisis de identidad, sentimientos de rechazo, temores en la diferenciación del grupo de pares y la vulnerabilidad a los ambientes caóticos, y para las conductas suicidas factores precipitantes como conflictos discusiones con los miembros de la familia de la pareja, y como detonantes el estrés la pérdida de un ser querido, divorcio de los padres entre otros ^(4,5,8).

La familia como eje central de la vida y la sociedad es la responsable del desarrollo de los niños. Contradiendo mitos, la violencia familiar existe en todas las clases sociales y provoca un grave y profundo deterioro de la misma. Es precisamente una de las instituciones sociales donde resulta más difícil identificarla porque se considera un asunto privado, y ello exacerba los sufrimientos de las víctimas que padecen en silencio ⁽⁹⁾.

El clima emocional en el cual convive el menor es importante. Un hogar roto, con discusiones y peleas frecuentes entre los padres, el maltrato físico al niño o el psicológico en forma de rechazo manifiesto, humillaciones y vejaciones, o un hogar sin normas de conductas coherentes con el papel de cada miembro de la familia, pueden ser un caldo de cultivo para la realización de un acto suicida ⁽¹⁰⁾. En este sentido hay que tener en cuenta la presencia de familiares, principalmente padres, hermanos y abuelos, con antecedentes de comportamiento suicida, por la posibilidad del aprendizaje por imitación. En esta dirección son de destacar también la existencia de amigos o compañeros de escuela con dicha conducta, que, por similar mecanismo, pueden predisponer a la realización de este acto ^(10,11)

A partir de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirmara que: “La salud es un hecho que determina y está determinado por el funcionamiento efectivo de la familia como unidad biosocial en el contexto de una sociedad dada”, comienza a considerarse a la familia como un determinante de la salud humana. En 1986 la Organización de Naciones Unidas (ONU), realiza el informe sobre el papel de la familia, destacándola como el más básico de los conceptos de la vida social. A partir de la conferencia cumbre de Alma Atá se promueve la función de la familia en el proceso salud-enfermedad y su lugar prioritario en la atención primaria de salud (APS), considerándola como la primera unidad de intervención preventiva y terapéutica ⁽¹²⁾.

La integridad de la salud es un concepto que abarca la calidad, armonía y normalidad en lo social, lo biológico, lo psicológico, lo espiritual y dentro de cada uno de ellos. Es aplicable a los individuos, las familias y las sociedades. La interrelación de los componentes en los cuatro sistemas mencionados y de ellos entre sí, determinan la generación de circunstancias o factores de protección o de riesgo, y en su conjunto dichos sistemas son los responsables de la génesis del estado de salud integral alcanzado por las personas ^(11, 13).

Según el enfoque humanista y social que matiza la investigación queda implícito en ella la necesidad de abordar una temática que daña la integridad biopsicosocial de los adolescentes, dañando su pleno derecho al desarrollo, al bienestar y que a la vez desencadena daños a la salud mental del resto de los integrantes de estas familias por la concatenación evidente que existe en este fenómeno. Su objetividad está dada por la evidencia de que es un problema de salud, que mirándolo desde diferentes aristas muestra que el intento suicida va más allá de un simple fenómeno y trasciende barreras y al ser analizado y asimilado tanto por la víctima como

por las demás personas da muestra de que exige de inmediato estrategias de intervención que ayuden a la modificación de actitudes como estas.

Antecedentes.

Uno de los problemas más difíciles en la práctica clínica es la predicción del riesgo y la prevención del intento de suicidio en niños y adolescentes. Si se identificase a los niños en riesgo de intentar el suicidio, este podría ser evitado en un número importante de casos. El incremento del intento suicida también es alarmante en la sociedad avanzada moderna. A través de datos de la OMS, se conoce que diariamente un millar de personas mueren por esta causa, puede considerarse entre las 10 primeras causas de defunción más importantes y aparece como segunda o tercera causa entre personas de 15 a 24 años de edad. Se alerta sobre el incremento de las tasas de suicidio como una tendencia creciente, sobre todo en la población adolescente y joven, estima que de 10 a 15 intentos suicidas que ocurren en uno de ellos llega a consumarse el hecho y por ello lo plantea como un grave problema de Salud ^(12, 14).

Como problema de salud pública el intento de suicidio ha adquirido especial relevancia en las últimas décadas. Los análisis seculares apoyan la hipótesis de que existe un verdadero incremento de este fenómeno desde 1950 a la fecha entre los adolescentes y adultos jóvenes de la población europea. En España en el 2010, el número de pacientes que intenta suicidarse es cada vez mayor y su desenlace fatal ocupa una de las principales causas de mortalidad general y es en el presente la primera causa de muerte no natural, por encima de los fallecimientos a causa de accidentes de tráfico. Según datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística, se suicidan cada año algo más de tres mil personas y estos suicidios se mantienen en cifras similares de un año a otro, de 3.3 en 2007 y 3.4 en 2008 a 3.5 en 2009 ⁽¹⁴⁾.

Se estima que la tasa de suicidio por cada 100 000 habitantes en América Latina era de 3.9 en el año 1985 con un aumento de 4.1 en el año 2000 y algunos investigadores aseveran que el mismo pasara a la 10ma posición como causa de muerte en el año 2020. Si se tiene en cuenta que no todos los que intentan suicidarse lo logran sería llamativa entonces la cifra de intentos de suicidios que según las estadísticas será de 8 o 9 veces mayor reportándose que miles de intentos suicidas ocurren diariamente en el mundo. ⁽¹²⁾

En Cuba, el suicidio ocupa el 6to lugar dentro de las causas de muerte en todos los grupos de edades y la 2da causa entre los 15 y 49 años de edad. Si bien las tasas de morbilidad no son tan elevadas como en otros países, principalmente aquellos que pertenecen al llamado primer mundo, el aumento considerable de conductas suicidas, dentro de ellas los intentos suicidas ha sido un tema de preocupación en los últimos veinte años, motivando así a la búsqueda de métodos que permitan a la sociedad identificar, afrontar y prevenir este tipo de actos. De ésta manera, surge uno de los programas nacionales implantados por el MINSAP en Cuba y es el de Prevención y Control de la conducta suicida, vigente desde la década de los 80 del pasado siglo, para la reducción de los indicadores de morbilidad por conducta suicida, la optimización de la atención a toda persona que haya tenido semejante conducta, la detección de grupos de riesgo en la población, etc. La creación de los centros comunitarios de salud mental permite prestar atención a la promoción de salud y prevención de los adolescentes en riesgo ^(12, 14).

Como problema de salud pública el intento suicida ha adquirido especial relevancia en las últimas décadas, Para el año 2000 las tasas de mortalidad por suicidio superan la media nacional (16.4 x 100 000 habitantes) en las

provincias de La Habana, Matanzas, Sancti Spíritus, Las Tunas, Holguín, Granma, Isla de la Juventud. En el año 2007 la tasa de mortalidad por suicidio en el país alcanzó el 11.1 por 100 000 habitantes, siendo las provincias Las Tunas, Villa Clara, Matanzas, Holguín, Ciego de Ávila, Granma, Cienfuegos y el municipio especial Isla de la Juventud, las que superan el indicador nacional ⁽¹⁴⁾.

La provincia Sancti Spíritus no escapa a este comportamiento, registrando en el último quinquenio tasas por encima de la media nacional ubicando esta entidad como la novena causa de muerte en todos los años estudiados, con tasas de 12.3 x 100 000 habitantes, 11.4 x 100 000 habitantes, 11.9 x 100 000 habitantes, 15.6 x 100 000 habitantes y 10.9 x 100 000 habitantes en los años 2005; 2006; 2007; 2008 y 2009 respectivamente, siendo los municipios de Taguasco, Yaguajay, Sancti Spíritus y Cabaiguán los que más deterioraron este indicador ⁽¹⁰⁾. En el año 2010 se registraron las tasas de intento suicida por edades descritas a continuación:

Grupo de 5 a 9 años: 1 caso= 1.9 x100 000 habitantes.

Grupo de 10 a 14: 38 casos=138.8x100 000 habitantes.

Grupo de 5 a 19: 84 casos =260.9 x100 000 habitantes

Según informe estadístico del sectorial provincial de salud en el cierre del año 2011 se registraron tasas que resultaron aún más alarmantes si se comparan con las de años anteriores:

Grupo de 5 a 9 años: 7 casos = 14.3 X 100 000 habitantes

Grupo de 10 a 14 años: 56 casos = 205.2 X 100 000habitantes

Grupo de 15 a 19 años: 121 casos = 422.0 X 100 000habitantes

En la sala de salud mental del Hospital Pediátrico Provincial ingresaron durante el quinquenio analizado 329 pacientes y de ellos 182 por intento de suicidio, de estos pacientes 33 pertenecen al área del Policlínico Sur y Los Olivos.

Justificación del problema:

Uno de los problemas más difíciles en la práctica clínica es la predicción del riesgo y la prevención del suicidio en niños y adolescentes si se tiene en cuenta la elevada tasa de intento suicida en las edades referidas, la incidencia de los factores de riesgo epidemiológicos sobre esta conducta, así como la necesidad de prevenir el intento consumado en un número importante de casos, impone un estudio con enfoque epidemiológico desde una perspectiva predictiva que exponga factores involucrados en la génesis de este comportamiento posibilitando con ello un diagnóstico temprano y un manejo psicoterapéutico eficaz. Con vista a contribuir a la aplicación de un proyecto institucional se realiza una caracterización del intento suicida en pacientes pertenecientes a dos áreas de la cabecera provincial, Área Sur y Olivos.

Problema científico:

Existe una alta incidencia de intentos suicidas en el período que se analiza. Que variables sociodemográficas, factores individuales, familiares, educacionales, están relacionados con esta conducta?

OBJETIVOS

Objetivo General

- Caracterizar epidemiológicamente el intento suicida en pacientes, provenientes de las áreas de salud Policlínico Sur y Olivos I de la cabecera provincial, ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial “José Martí” en el período de enero de 2006 a diciembre del 2010.

Objetivos Específicos

- Determinar las variables sociodemográficas vinculadas al intento suicida en los pacientes provenientes de las áreas de salud Policlínico Sur y Olivos I de la cabecera provincial ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial “José Martí” en el período de Enero del 2006 a Diciembre del 2010.
- Mencionar los factores de riesgo escolar, psicológico y familiar presentes en estos pacientes.
- Evaluar el intento de suicidio en estos pacientes.
- Proponer un plan de acción para la prevención de este tipo de conducta en la comunidad.

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Algunas consideraciones conceptuales sobre conducta suicida.

Son conductas encaminadas a conseguir ese fin suicida, los más frecuentes son:

- El Intento suicida y el suicidio consumado
- Dentro del comportamiento suicida hay manifestaciones como: Las ideas suicidas, gesto suicida, amenaza suicida, deseo de morir, suicidio frustrado, abortado, intencional, accidental, etc. ¹⁶.

Conceptos

- Intento suicida: También denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación (IAE) o autolesión intencionada (*deliberate self harm*), se ha definido como aquel acto sin resultado de muerte en el que un individuo, de forma deliberada, se hace daño a sí mismo. Acto voluntario de autolesión para intentar morir, sea cual sea el grado de intención letal y las causas que lo determinan ^(16, 17).

Para prevenir el intento y el suicidio consumado, es primordial conocer los factores de riesgo, que son aquellos que los predisponen. En la literatura suicidológica se mencionan múltiples factores de riesgo, los cuales no se profundizaran por no ser objetivo fundamental del presente trabajo, aunque sí se hace referencia a los que puedan orientar al médico de atención primaria en su detección y adecuada evaluación y manejo .

Ante todo hay que considerar que estos rasgos son individuales, pues lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros no representa problema alguno. Además de individuales son generacionales, ya que los factores en la niñez pueden no serlo en la adultez o en la vejez. Por otra parte, son

genéricos, pues los de la mujer no son similares a los de los hombres. Existen los que son comunes a cualquier edad y sexo, los cuales, indudablemente, son los más importantes ⁽¹⁸⁾:

Factores de riesgo suicida en la niñez

La infancia se considera, en general, como una etapa de la vida feliz, en la que la conducta suicida no puede estar presente. Esto no siempre es así, en la niñez ocurren actos suicidas, los cuales no son reportados como tal o lo hacen como accidentes en muchos países, y se considera que es un fenómeno que va en aumento ⁽¹⁹⁾.

En la infancia los factores de riesgo deben detectarse, principalmente en el medio familiar en el que vive el menor. Así, hay que tener en cuenta si fue un niño deseado o no, pues en este último caso existirán en mayor o menor grado, de forma explícita o encubierta, diferentes manifestaciones de rechazo, con la lógica repercusión psicológica en el menor.

La edad de los progenitores tiene importancia. Los embarazos en personas demasiado jóvenes dan lugar a trastornos en la atención y la educación del niño debido a la inmadurez biosicológica de los padres. Los embarazos en personas maduras, son causa de una crianza defectuosa por la disminución de la energía vital que impide satisfacer las demandas del menor en su lógico desarrollo, lo que provoca actitudes que pueden cubrir toda una gama, desde la sobreprotección limitante hasta la permisividad ^(19,20).

La personalidad de los progenitores tiene una enorme importancia en el riesgo suicida de los hijos. Si padecen un trastorno de la misma, sobre todo las antisociales o emocionalmente inestables, la crianza estará mediada por dichos rasgos. Asimismo, ser portadores de enfermedades psiquiátricas, como la depresión materna, el alcoholismo paterno o la esquizofrenia, son factores que pueden predisponer el suicidio en los hijos ⁽²¹⁾.

Como quiera que resulte difícil para el médico de atención primaria la realización de un diagnóstico psiquiátrico específico, una opción adecuada es considerar la enfermedad mental de alguno de los progenitores, como un factor de riesgo en los niños, independientemente de la patología psiquiátrica de que se trate ⁽¹⁷⁾.

En cuanto a las características psicológicas del menor que puede realizar un acto suicida, se mencionan las siguientes: la disforia, la agresividad y la hostilidad, como manifestaciones de un trastorno del control de los impulsos. Pueden ser niños con pobre tolerancia a las frustraciones, incapaces de prorrogar la satisfacción de sus deseos, demandantes de atención y afecto, con intentos suicidas previos, manipuladores, que asumen papeles de víctima; celosos de los hermanos, susceptibles, rencorosos. Pueden expresar ideas de morir o suicidas. Otras veces son rígidos, meticulosos, ordenados y perfeccionistas; tímidos, con pobre autoestima, pasivos, etcétera ⁽²²⁾.

Referente a las enfermedades mentales que pueden tener riesgo suicida, se encuentran las psiquiátricas graves (trastornos del humor, esquizofrenia), los trastornos de conducta, los de la adaptación y de ansiedad, el retraso mental y los trastornos incipientes de la personalidad. Por tanto, la enfermedad mental en el niño es un rasgo importante que se debe tener presente al evaluar a un menor con otros factores de riesgo suicida ^(8, 16).

El clima emocional en el cual convive el menor es importante. Un hogar roto, con discusiones y peleas frecuentes entre los padres, el maltrato físico al niño o el psicológico en forma de rechazo manifiesto, humillaciones y vejaciones, o un hogar sin normas de conductas coherentes con el papel de cada miembro de la familia, pueden ser un caldo de cultivo para la realización de un acto suicida. En este sentido hay que tener en cuenta la presencia de familiares, principalmente padres, hermanos y abuelos, con

antecedentes de comportamiento suicida, por la posibilidad del aprendizaje por imitación. En esta dirección son de destacar también la existencia de amigos o compañeros de escuela con dicha conducta, que, por similar mecanismo, pueden predisponer a la realización de este acto ^(23, 24).

Los motivos que pueden desencadenar un suicidio en la infancia, son variados y no específicos, pues también se producen en otros niños que nunca intentarán contra su vida. Por ello es importante determinar los factores de riesgo antes descritos que predisponen a que un menor, frente a un acontecimiento precipitante, se manifieste con una conducta autodestructiva.

Entre los motivos más frecuentes que llevan al acto suicida en la niñez, se encuentran:

- Presenciar acontecimientos dolorosos (divorcio, separación, muerte de un ser querido).
- Problemas con las relaciones paterno-filiales.
- Problemas escolares.
- Llamadas de atención de padres o maestros con carácter humillante.
- Búsqueda de afecto y atención.
- Agredir a otros.
- Deseos de reunirse con un ser querido fallecido.

Contrario a lo que se piensa, la existencia de un motivo no desencadena habitualmente un acto suicida de inmediato, por impulso, sino que el niño comienza a dar una serie de señales en su conducta que de manera general se traducen en cambios de todo tipo. Así tendremos que velar su comportamiento en la casa o la escuela (agresivos o pasivos), variación de hábitos alimenticios (pérdida o aumento del apetito), en los hábitos de sueño (insomnio, pesadillas, enuresis, exceso de sueño), de carácter y de ánimo, dificultades en el aprovechamiento docente, en el juego (desinterés, no

participación con los amigos habituales), repartir posesiones valiosas, preocupación por la muerte y temas afines, hacer notas de despedida, etcétera ^(25,26).

Existen otras teorías que hablan a favor de diferentes factores que pretenden aclarar la conducta suicida:

1. Factor biológico: Señala un debilitamiento de las funciones cerebrocorticales elevadas, demostrándose una disminución de serotonina en sangre, así como de 5 HIAA (aminoácido 5 hidroxiindolacético) sobre todo en el LCR, con lo cual los antidepresivos del organismo están muy bajos.
2. Factor sociocultural.: Fallas de los mecanismos adaptativos del sujeto a las contingencias del medio.
3. Teoría multifactorial: Esta incluye a las anteriores, pero además tiene en cuenta la constitución genética hereditaria que hace proclive al individuo hacia el suicidio ⁽²⁷⁾.

Síntomas que pueden anunciar el intento de suicidio en niños o adolescentes

Hablar o discusión sobre suicidio. Interés por el tema

Despedidas o repartición de bienes apreciados.

Recuperaciones espontáneas, ponerse muy contento después de un período de depresión.

Retraimiento y aislamiento de la familia y los compañeros

Consumo de alcohol y drogas

Disminución en el desempeño estudiantil, aburrimiento persistente

Aumento en irritabilidad nerviosa

Cambios dramáticos en el vestuario, en las actividades o en la selección de los amigos

Cambios en el sueño o en el apetito

Poca tolerancia de los elogios o los premios

Cambios pronunciados en su personalidad

Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar

Quejas frecuentes de síntomas físicos, tales como: los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del joven

Pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones

Manifestaciones respecto de sentirse horrible interiormente ⁽²⁸⁾.

Factores protectores

- Alta autoestima.
- Relaciones sociales, familiares, de amigos satisfactorias.
- Relación estable de pareja.
- Creencias religiosas o espirituales.
- Tratamiento oportuno a los trastornos mentales.
- Intervención con los grupos riesgos.
- Aumentar la resiliencia (Habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva)
- Vivir cerca de centros de atención médica.
- Apoyo social ⁽²⁹⁾.

Evaluación del intento suicida.

- Letalidad del método empleado.
- Gravedad de las circunstancias.
- Seriedad de la intención.

-

Letalidad del método: Define el modo o el procedimiento que se utiliza en la realización del intento suicida.

Inocuo: usualmente no implica ningún peligro para la salud del sujeto.

Riesgoso no letal: incluye métodos que sin ser capaces de producir la muerte pueden dar lugar a síntomas de intoxicación y alteraciones en el funcionamiento del organismo.

Riesgoso potencialmente letal: no letales necesariamente, pero capaces de producir la muerte en circunstancias agravantes como: corte de la muñeca que interesan vasos sanguíneos y que requieren cirugía, ingestión de sustancias tóxicas en cantidades limítrofes con la dosis letal.

Letal: necesariamente conduce a la muerte si no media intervención terapéutica oportuna.

Gravedad de las circunstancias: está dada por las situaciones y/o condiciones en que se realiza el intento suicida.

Nula: el intento suicida ocurre en circunstancias en que de ningún modo pueden contribuir a la consumación del suicidio.

Gravedad baja: el acto se realiza en circunstancias tales que solo excepcionalmente pueden llegar a la consumación del suicidio.

Gravedad moderada: ocurre en circunstancias que usualmente contribuyen a la consumación del suicidio, aunque existe alguna posibilidad de evitarlo.

Gravedad alta: las circunstancias favorecen siempre la consumación del suicidio.

Seriedad de la intención: expresa el grado de veracidad del deseo que conduce a cometer un intento suicida. En los casos de intentos suicidas no serio, poco serio y serio, hay que tener en cuenta las características del

paciente, el estado en que se realizó el intento, la letalidad del método y la gravedad de las circunstancias.

No serio: no existe intención alguna de suicidio, el individuo realiza el acto llevado por un impulso no premeditado y de poca intensidad o con la intención de obtener alguna ganancia.

Poco serio: existe alguna intención de llevar a cabo el suicidio, motivado por un impulso no premeditado, pero de gran intensidad. Se busca más una ganancia que la muerte.

Serio: existe verdadera intención de morir, pero se comprueban atenuantes.

Muy serio: existe verdadera intención de morir, solamente por un hecho casual e inesperado no se llega a la consumación del mismo ⁽²⁸⁾.

Intento de suicidio y adolescencia:

La adolescencia como etapa evolutiva representa un periodo crucial en la evolución biológica, psicológica y social del ser humano, transcurre aproximadamente desde los 10 o 12 años hasta los 18 o 20. Es definida como el período de transición entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma. Es una etapa crucial en la vida del ser humano donde se transita desde el núcleo familiar protegido pequeño y muy afectivo a la sociedad total, abierto, en ocasiones desequilibrado y con relaciones mucho más amplias y diferentes ^(16, 29).

El adolescente busca una definición de si mismo y del mundo que le rodea, definición que se da poco a poco en el proceso de transición a la fase adulta, resultando necesario un conjunto de ajustes del individuo, para funcionar con respecto a si mismo y con el medio socio – cultural donde se desarrolla, adoptando conductas de protesta, negación y cuestionamiento de este mundo adulto al cual debe amoldarse y en cuyo intento de adaptación pagan un alto costo emocional. Esta etapa es considerada de “transición” “difícil”,

“crítica” por la complejidad e importancia de los procesos que se producen en ella, vinculados al paso de una época de la vida a otra ⁽⁶⁾.

Adolescente y Escuela

Cuando el adolescente entra en la secundaria presenta a menudo grandes dificultades, una de las primeras está relacionada con el incremento en la cantidad y calidad de las asignaturas correspondientes a la enseñanza media.

En el adolescente la actitud hacia el maestro y de las notas que se obtienen, les gusta lo que se da fácilmente y trae un éxito. La diferenciación de las asignaturas en “interesantes y no interesantes” la determina la calidad de la enseñanza y los intereses personales de adolescente, la división de las asignaturas en “necesarias e innecesarias” se vincula a sus intenciones personales ^(24, 25, 26).

Durante esta etapa se necesita un mayor esfuerzo y poder intelectual para responder a las nuevas exigencias y mantener su posición académica, lo cual puede introducir factores emocionales que reducen aún más los logros cuando la presión es demasiado grande y los padres insisten en que obtengan buenas calificaciones; el faltar a clases, la mentira y el vagabundeo pueden ser el resultado. El adolescente puede avergonzarse o deprimirse, incluso tratar de suicidarse. Otra causa de conflicto puede ser el diferente grado de maduración biológico en relación con la edad, la gran variabilidad individual trae consigo, diferencias en el rendimiento escolar, en la formación de los grupos y en los intereses sociales ^(6, 30).

Intento de suicidio y trastornos psicopatológicos.

Durante la adolescencia, etapa de desarrollo por la que atraviesa todo individuo, se presentan cambios difíciles que les producen ansiedad y depresión esta última se puede manifestar como abuso de drogas, dificultades de comunicación, escasa autoestima, mutismo, inusual mal carácter, aislamiento social, descuido personal, rebeldía con padres y maestros, problemas con la policía y los pueden llevar a una tentativa de suicidio. Los trastornos del humor y la esquizofrenia son trastornos en los que se puede presentar frecuentemente el intento de suicidio La adolescencia es la edad preferida para comenzar el trastorno esquizofrénico, aunque desde la infancia son frecuentes los síntomas de ansiedad, las preocupaciones excesivas, los miedos y la timidez ⁽³¹⁾. El inicio típico es la irrupción abrupta de los elementos antes descritos, con intensa agitación y agresividad, aunque también puede darse el comienzo insidioso. En no pocas ocasiones el suicidio es el primer síntoma evidenciable de una esquizofrenia, como una reacción de la parte aún sana de la personalidad ante la evidencia de la desintegración que se avecina con la enfermedad ⁽²⁵⁾.

Consideraciones sobre familia. Su concepción sistémica.

La familia es el primer grupo humano en el marco del cual comienza todo el complejo proceso de surgimiento y formación integral de la personalidad. Es considerada una categoría evolutiva debido a los cambios que se producen en ella en el transcurso de los diferentes estadios de su ciclo vital. Se considera a la familia como un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto. Está condicionada por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla y tiene un carácter sistémico al ser un grupo compuesto por elementos que presentan una dinámica de interacción particular y a la vez interactúan con la sociedad ²³.

Partir del enfoque sistémico para el estudio de la familia es importante y útil, siempre y cuando no se reduzcan las características del grupo humano a paradigmas mecanicistas, pues permite considerar a la familia como un sistema abierto y comprender los factores internos y externos propios de la interacción de las variables individuales, sociales y medioambientales de la relación sistema entorno que influyen en su desarrollo y funcionamiento^{23, 24}.

En este sistema social se desarrollan interacciones peculiares entre sus miembros, muy determinadas por vínculos afectivos que generan alianzas, coaliciones, pautas de autoridad, jerarquías, fronteras y tensiones muy específicas para cada grupo familiar.

Desempeña una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos, y que actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio propiciando una menor o mayor vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar (FF). Este lo comprendemos con una dinámica relacional sistémica que se establece entre los miembros de una familia permitiendo que esta funcione positivamente, cumpla sus funciones y permita la expresión y desarrollo de la individualidad (32).

Las pautas de interacción familiar se transmiten de una generación a otra, de manera consciente e inconsciente, lo que posibilita que a través del aprendizaje se perpetúen modelos negativos de funcionamiento familiar que constituyen factores de riesgo familiares esenciales para la conducta suicida, ellos son: la desorganización familiar en lo que respecta a un consenso de normas, sentimientos de falta de comunicación y hostilidad entre sus miembros, las riñas familiares constantes por parejas en permanente desacuerdo y disputa con agresión física o psicológica, la familia destruida

por abandono físico o emocional de alguno de los padres o de ambos, los sentimientos de rechazo familiar unido a cogniciones disfuncionales familiares y la presencia frecuente en ambos padres de sentimientos de desesperanza y pesimismo acompañados de actitudes y conductas pasivas ante su propia vida y la familia ^(24,33).

No siempre la familia esta provista del conocimiento oportuno para llevar a cabo la educación del menor con un clima de estabilidad en las decisiones que a su alrededor se toman pues existen factores psicopatogenizantes que cuando se presentan de un modo u otro puede influir negativamente, los más frecuentes que se pueden presentar son: ⁽²³⁾

- ❑ ***Relación sobreprotectora:*** los padres ofrecen exceso de afecto con control, están centrados en que no le ocurra nada al hijo, aislándolo de los problemas familiares, evitan crearles preocupaciones protegiéndolo de todas las dificultades, con tendencia a la complacencia dentro del hogar. También es característica principal de la relación la sustitución por parte de los padres de funciones, quehaceres y responsabilidades propias del menor. Ambos rasgos determinan que el niño no desarrolle sus potenciales, careciendo de recursos propios para enfrentar las situaciones normales que le surgen en la vida. Generan una invalidez psicológica sumamente nociva para el desarrollo de su personalidad (dependencia excesiva del adulto, baja tolerancia a las frustraciones, inseguridad ante sus actos, susceptibilidad, miedo, nerviosismo y sensibilidad a la crítica).
- ❑ ***Relación permisiva:*** no se impone disciplina por parte de los adultos, dándole la oportunidad al niño de comportarse deliberadamente, no realizan una valoración crítica de sus acciones, y no existe un adecuado autocontrol. Propicia la aparición de niños alborotadores, descuidados, sociables, egoístas, exigentes, tiránicos, perretosos, que no aceptan controles y necesitan de la atención constante por parte del adulto.

- ❑ ***Relación indiferente:*** este tipo de relación se caracteriza por su bajo tono afectivo y la despreocupación de los padres por el desarrollo y comportamiento de sus hijos. En ella los padres son absolutamente permisivos, no por afinidad con sus hijos sino más bien por indolencia, rechazo y despreocupación, facilitando de este modo la identificación del niño con otra persona, aparición de conducta disocial, agresividad, mentiras, hurtos y robos frecuentes en la búsqueda de constante atención; además pueden desarrollar gran independencia y ser socialmente maduros a pesar de la dificultad presente al expresar sus afectos.
- ❑ ***Relación autoritaria:*** en esta relación el hijo es ante todo subordinado de los padres, quienes representan el criterio de autoridad suprema y la razón absoluta. La relación en este tipo de educación es monológica del padre hacia el hijo en todas las cuestiones de importancia. Esta se encuentra estructurada de tal forma que los deberes que el hijo debe cumplir son rígidos e inalterables, definidos de forma absoluta por los padres. Imposibilita la expresión individual y la creatividad. Sus efectos sobre el niño no se expresan linealmente, dependiendo estos de la propia personalidad del desarrollo alcanzado por sus hijos, así en unos casos esta relación provoca sumisión, pasividad, e inseguridad en los hijos, y en otros desarrolla rebeldía y audacia.
- ❑ ***Relación inconsistente:*** en esta relación no hay acuerdo en cuanto a los objetivos y métodos educativos a utilizar por los adultos, sin llegar a acuerdo alguno en el manejo de la autoridad sobre el menor, lo que implica: confusión y contradicción en el establecimiento de normas, valores morales y patrones de conductas diferentes en relación con la figura familiar con la que interactúa o situación dada. Genera en el infante inseguridad, inestabilidad, agresividad y tendencias a expresiones ansiosas.

- **Relación conflictiva:** se manifiestan conflictos sistemáticos entre los miembros de la familia durante la crianza del niño, engendrando el miedo, emociones negativas, contradicciones e inseguridad.

Promoción y educación para la salud en la prevención de la conducta suicida.

En 1986, en Ottawa, Canadá, se definió la promoción de salud como el proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. La promoción de salud va más allá de transmisión de contenidos e incorpora los objetivos de fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de disminuir su impacto negativo en la salud individual y de la comunidad ^(34, 35).

Para conseguir dicha finalidad, utiliza una estrategia de trabajo, la educación para la salud. Al ser la educación general un proceso que contribuye, entre otros objetivos, a la capacitación de las personas para mejorar sus propias condiciones de vida y su bienestar general, incluyendo su estado de salud, la educación para la salud la complementa, al incluir en su construcción e instrumental, los procesos que le permiten a las personas comprender y asumir responsabilidad para con su propia salud, así como desarrollar las habilidades necesarias para mantenerla ⁽³⁵⁾.

Si se tiene en cuenta que la definición de la educación para la salud es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de la salud del individuo, el colectivo y la sociedad, La Educación Terapéutica está implícita en esta disciplina con la que comparte elementos comunes como son mejorar el estado de salud mediante una acción sistemática y un “saber hacer” específico; pero a su vez tiene diferencias particulares que la hacen formar un subconjunto o rama especial dentro de la disciplina general. Mientras la educación para la salud trabaja para reducir los riesgos de enfermar y la enfermedad, la educación

terapéutica trabaja con la persona enferma en función de la prevención terciaria e incluye sensibilización, concientización, información, aprendizaje del autocuidado y apoyo psicosocial. Es un proceso continuo y sistemático integrado al cuidado y dirigido a ayudar a las personas y sus allegados a cooperar con el proveedor de salud en la mejoría de la calidad de vida ⁽³⁰⁾.

La educación para la salud es una estrategia para lograr las metas de salud. Como medio, el propósito de la educación para la salud es el contribuir a construir la capacidad de las personas para que participen activamente a definir las necesidades, negociar e implantar sus propuestas para el logro de las metas de salud. Como fin, su objetivo consiste en proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y protección de su salud individual, la de su familia y la de su comunidad ⁽³⁶⁾.

Propuesta de un plan de acción para la prevención del intento suicida en adolescentes.

La actuación preventiva supone conocer las variables que generan el problema y su posible solución y accionar en la población para disminuir el daño. La dimensión psicológica de la prevención implica no sólo la transmisión de información y conocimientos, sino también la aplicación de los principios del aprendizaje cognoscitivo y social, la persuasión, la intervención comunitaria, etc., para que individuo, familia y comunidad conozcan los riesgos y se tomen precauciones. La conducta suicida requiere de un enfrentamiento integral y sistemático por parte de la sociedad, basado en el tratamiento multisectorial. Es precisa la participación combinada de la población voluntaria adiestrada, los medios masivos de comunicación y el personal de salud especializado ^(37, 38, 39).

Es preciso además insistir en la importancia de la familia para evitar el riesgo suicida, fomentar la unidad familiar y la adecuada comunicación entre sus miembros.

Una vez identificados los principales factores relacionados con la conducta suicida de los adolescentes en un período de cinco años se diseñó un plan de acción comunitario para aplicar en el medio del adolescente y su familia, cuyo alcance supera el perfil clínico tradicional de atención, persiguiendo el nivel psicoeducativo, familiar y de factores de la comunidad.

Diseño Metodológico de la Investigación:

Tipo y diseño general del estudio: Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal retrospectivo en el Hospital Pediátrico Provincial del municipio Sancti Spíritus, durante el periodo comprendido Enero de 2006 a Diciembre 2010.

Población: Estuvo constituida por 33 pacientes que ingresaron por intento suicida en el Hospital Pediátrico Provincial Docente “José Martí y Pérez”, pertenecientes a las áreas de salud del Policlínico Sur y Olivos I, en el período comprendido de Enero del 2006 a Diciembre del 2010.

Muestra: Quedó constituida por los 25 pacientes, seleccionados de forma intencional por el método no probabilística que ingresaron por intento suicida en el Hospital Pediátrico Provincial Docente “José Martí y Pérez”, pertenecientes a las áreas de salud del Policlínico Sur y Olivos I, durante el periodo de Enero del 2006 a Diciembre del 2010.

Criterios de Inclusión:

Todos los niños y adolescentes que hayan ingresado por intento suicida en el Hospital Pediátrico Provincial “José Martí”, pertenecientes a las áreas de

salud del Policlínico Sur y Olivos I., durante el periodo de Enero del 2006 a Diciembre del 2010.

Criterios de Exclusión. Historias clínicas no encontradas o incompletas en el momento de realizar el estudio.

Operacionalización de las Variables:

Edad, sexo, escolaridad, tipo de escuela, tipo de familia, factores psicopatogenizantes, antecedentes patológicos personales de trastornos psiquiátricos e intentos suicidas previos, así como antecedentes patológicos familiares de trastornos psiquiátricos, alcoholismo, conducta suicida, conflictos desencadenantes y métodos más utilizados para realizar el intento de suicidio, finalidad que se perseguía con el intento, la letalidad, gravedad y seriedad de este.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Operacionalización	
		Escala	Descripción
Edad	Cuantitativa Discreta	5 a 8 años De 9 a 12 años De 13 a 16 años	Según años cumplidos
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico de pertenencia
Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Iltrado Primaria sin terminar Primaria Terminada Secundaria sin terminar Terminada Secundaria terminada Preuniversitario sin terminar Preuniversitario terminado	Según último grado vencido

Tipo de familia	Cualitativa Nominal Politómica	Nuclear Extensa Ampliada	Nuclear: Presencia de hasta dos generaciones padres-hijos matrimonios con hijos o sin ellos y hermanos solos. Extensa: Presencia de dos generaciones o más incluye hijos casados con descendencia y sin ellas Ampliada : cualquier tipo de familia: Rebasa las anteriores estructuras puede incluir otros parientes y amigos
Factores psicopato-genizantes	Cualitativa Nominal Politómica	Rigidez, conflictos Autoritarismo, Permisividad, Maltrato, Sobreprotección Inconsistencia	Según el factor que predomine.
Antecedente Patológicos Familiares de Trastornos Psiquiátricos (APF)	Cualitativa Nominal Politómica	Esquizofrenia Trastornos Afectivos de nivel psicótico y/o neurótico Retraso Mental Trastornos de la personalidad Depresión neurótica Alcoholismo otros	Según antecedentes patológicos familiares.
Antecedente patológicos Familiares de conducta suicida	Cualitativa Nominal Dicotómica	SI NO	Sí: cuando algún familiar ha intentado contra su vida, independientemente del conocimiento del menor. No: Cundo no hay este antecedente.
Antecedente Patológicos Personales de Trastornos Psiquiátricos (APP)	Cualitativa Nominal Politómica	Esquizofrenia Trastornos Afectivos de nivel neurótico y/ o psicótico Retraso Mental Trastorno de Personalidad Trastornos adaptativos Trastornos disociales. Trastornos de aprendizaje	Según antecedentes patológicos personales de Trastornos Psiquiátricos.

Rasgos de personalidad premórbida	Cualitativa Politómica	Caprichoso, dominante, impulsivo, agresivo, egocéntrico, baja tolerancia a las frustraciones.	Según las características de personalidad que predominen en el paciente.
Antecedentes Patológico Personales de intento suicida previos	Cualitativa Nominal Dicotómica	SI NO	Según antecedentes patológicos personales de intento suicida.
Método Utilizado en el intento suicida.	Cualitativa Nominal Politómica	Ingestión de Psicofármacos. Ingestión de sustancias tóxicas Ahorcamiento Precipitación de altura Sección de vasos Inmersión Quemaduras.	Según método empleado en el intento de suicidio.
Tipo de tabletas	Cualitativa Nominal Politómica	Psicofármacos Analgésicos Antihistamínicos Otros No precisados	Según el grupo medicamentoso al que corresponda. En otros: cualquier medicamento no incluido en las categorías anteriores. No precisados: Cuando no se conoce que tipo de medicamento ingirió.

Letalidad del método	Cualitativa Nominal Politómica	Inocuo Riesgoso no letal Riesgoso potencialmente letal Método letal	Inocuo: usualmente no implica ningún peligro para la salud o la vida del sujeto. Riesgoso no letal: incluye métodos que sin ser capaces de producir la muerte pueden dar lugar a síntomas de intoxicación y alteraciones en el funcionamiento del organismo. Riesgoso potencialmente letal: no letales necesariamente, pero capaces de producir la muerte en circunstancias agravantes como: corte de la muñeca que interesan vasos sanguíneos y que requieran cirugía, ingestión de sustancias tóxicas en cantidades limítrofes con la dosis letal. Método letal: necesariamente conduce a la muerte si no media intervención terapéutica oportuna.
Finalidad del Intento suicida.	Cualitativa Nominal Politómica	Terminar con la vida Llamar la atención Modificar situación familiar Asustar a otros Evitar situaciones negativas Sin objetivo claro No evaluado	Según la finalidad que se perseguía con el intento.

<p>Seriedad del intento</p>	<p>Cualitativa Nominal Politómica</p>	<p>No serio Poco serio Serio Muy serio</p>	<p>No serio: no existe intención alguna de suicidio, el individuo realiza el acto llevado por un impulso no premeditado y de poca intensidad o con la intención de obtener alguna ganancia.</p> <p>Poco serio: existe alguna intención de llevar a cabo el suicidio, motivado por un impulso no premeditado, pero de gran intensidad. Se busca más una ganancia que la muerte.</p> <p>Serio: existe verdadera intención de morir, pero se comprueban atenuantes.</p> <p>Muy serio: existe verdadera intención de morir, solamente por un hecho casual e inesperado no se llega a la consumación del mismo.</p>
-----------------------------	---	--	--

Gravedad de las circunstancias	Cualitativa Nominal Politómica	Nula Gravedad baja Gravedad media Gravedad alta	<p>Nula: El Intento suicida ocurre en circunstancias en que de ningún modo pueden contribuir a la consumación del suicidio.</p> <p>Gravedad baja: el acto se realiza en circunstancias tales que solo excepcionalmente pueden llegar a la consumación del suicidio.</p> <p>Gravedad moderada: ocurre en circunstancias que usualmente contribuyen a la consumación del suicidio, aunque existe alguna posibilidad de evitarlo.</p> <p>Gravedad alta: las circunstancias favorecen siempre la consumación del suicidio.</p>
--------------------------------	--------------------------------------	--	--

Métodos empleados en la investigación:

Método científico: Como única vía para realizar la investigación, fue necesario estudiar la esencia del fenómeno y abordar como ha venido trascendiendo de cultura en cultura y como se ha venido comportando epidemiológicamente así como el manejo que se le ha venido dando para de este modo poder llegar a conclusiones científicamente fundamentadas.

Método Teórico.

Histórico- Lógico. Se utilizó en función de conocer la evaluación y desarrollo del objeto y fenómeno de la investigación determinando lo que existe en este campo investigativo. El método histórico permitió la revisión sistemática de sus contenidos, mientras que el método lógico permitió abstraerse y retomar

los aspectos esenciales de dichas teorías que sirven de fundamentación de la tesis, sobre la información aportada por el método histórico. El apoyo en el material bibliográfico fue primordial para poder aplicar este método.

Analítico y Sintético. Se utilizó para realizar un estudio del comportamiento del intento suicida en Cuba y el mundo así como para analizar todos los documentos relacionados con el referente teórico sobre el tema. Por último se realizó el mismo proceso con los resultados obtenidos que permitió hacer inferencias y sintetizar aquellos resultados que fueron de relevancia.

Inductivo – Deductivo. Fue utilizado para la obtención de información sobre el comportamiento del intento suicida, recopilando los datos necesarios. La deducción permitió, en unión de los anteriores métodos teóricos, determinar el problema científico, partiendo de las generalidades, conociendo la problemática individual, escolar, familiar de cada paciente de pudo deducir su influencia en el desarrollo de esta conducta.

Sistémico. Con el objetivo de lograr la interrelación entre los diferentes elementos los que de forma ordenada conformaron las secciones que llevaron a darle salida a los objetivos, tener así resultados y arribar a conclusiones.

Método Estadístico.

Métodos del Nivel Matemático y Estadístico:

Análisis Porcentual: Se utilizó para el procesamiento de los datos obtenidos, lo que posibilitó un análisis cualitativo y cuantitativo de los mismos, organizando esta información por medio de tablas de distribución de frecuencias (Estadística Descriptiva).

Para el análisis de la información se utilizó una base de datos creada en Excel, siendo la información procesada en micro-computadora Pentium IV.

Los Métodos Empíricos permitieron la obtención y elaboración de la información en el proceso de recolección de datos y sus principales características.

Revisión y análisis documental: La obtención de las historias clínicas archivadas en el departamento de archivo de la institución permitió obtener los datos requeridos y plasmarlos en una hoja de registro de los mismos. (Anexo I).

Se realizó una búsqueda continua de material bibliográfico tanto en formato editorial como digital, publicada en textos, publicaciones seriadas, publicaciones electrónicas tanto nacionales como extranjeras.

Método Filosófico: Partiendo de los principios que se establecen en el Materialismo dialéctico, se pudo precisar la objetividad, concatenación lógica, el historicismo, la ética y la bioética para llevar a cabo con éxito la investigación realizada.

Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

Para la inclusión de los pacientes en el estudio se tuvo en cuenta los niños y adolescentes que ingresaron en el Hospital Pediátrico Provincial de Sancti Spíritus, pertenecientes a las áreas de salud del Policlínico Sur y Olivos I de la cabecera provincial, durante el periodo de Enero del 2006 a Diciembre del 2010. Los datos obtenidos se procesaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel donde se crearon cuadros y gráficos, el informe escrito se elaboró en Microsoft Word, programa de aplicación Microsoft Office 2007, que corrió sobre Windows XP como sistema operativo. Se aplicaron técnicas estadísticas de tipo descriptivo a través de la distribución de frecuencia relativa (%) y frecuencia absoluta (N).

Aspectos Éticos:

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Durante el desarrollo de la investigación se consideraron los aspectos éticos y jurídicos en la obtención de la información. Se obtuvo el consentimiento informado de la Jefa de los Servicios de Salud Mental en el Hospital Pediátrico “José Martí y Pérez” de la provincia de Sancti Spíritus, para llevar a cabo la revisión de las Historias Clínicas y así, hacer posible el desarrollo del estudio. Teniendo en cuenta que se trabajó con una fuente documental, se garantizó la privacidad de la Historia Clínica, los datos obtenidos quedaron disponibles sólo a los efectos de la investigación y su divulgación siguió las pautas establecidas para la investigación científica.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Para dar salida al objetivo número 1: Determinar las variables sociodemográficas vinculadas al intento suicida en los pacientes provenientes de las áreas de salud Policlínico Sur y Olivos I de la cabecera provincial ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial “José Martí” en el período de Enero del 2006 a Diciembre del 2010 se distribuyó la muestra teniendo en cuenta las siguientes variables:

Tabla #1: Intento de suicidio según edad y sexo, pertenecientes a las áreas de salud del Policlínico Sur y Olivos I desde el año 2006 al 2010.

Edades	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
9-12 Años	3	12	2	8	5	20
13-16 Años	20	80	0	0	20	80
Total	23	92	2	8	25	100

Fuente: Historias Clínicas Individuales

El mayor grupo de pacientes con intento de suicidio queda registrado en el grupo de 13 a 16 años, representando el 80 % de la muestra y el sexo femenino el más afectado con una marcada diferencia en relación al masculino (23 y 2 respectivamente). Se asume que esta situación puede estar generada por la etapa que corresponde a los afectados, la adolescencia, un período de marcados cambios emocionales, psicológicos, biológicos, hormonales que por sí solos pueden generar en este grupo diversas preocupaciones que los llevan a sentirse incomprendidos por las situaciones que enfrentan. A veces sin tener patologías psiquiátricas son capaces de elegir el intento suicida como la vía más rápida de darle frente a sus conflictos, sin medir las consecuencias de sus actos, en muchas ocasiones guiados por la impulsividad manifiesta en este período.

En Cuba durante el año 2001 se reportaron 12 604 casos de intento suicida, de los cuales 9 408 (74,6 %) ocurrieron en el sexo femenino, el grupo de edad más afectado fue el de 15 a 24 años. Este hecho ha venido llamando la atención por lo cual se han realizado diferentes estudios relacionados con esta problemática. ⁽⁴¹⁾

Se coincide con estudios realizados en diferentes áreas de salud de municipio Cerro en la Habana que aportan datos similares, refiriendo que el sexo femenino continúa siendo el más afectado con una proporción de 3 a 1 con respecto al sexo masculino ⁽⁴²⁾. Rodríguez González, en un estudio realizado en Cárdenas describe resultados similares con los cuales se coincide sobre todo por señalar la edad de la adolescencia como una etapa muy vulnerable para que se desarrollen conductas como estas. ⁽⁴³⁾

Los resultados obtenidos coinciden con muchos trabajos realizados en diferentes países donde el grupo de adolescente siempre resulta afectado. De igual forma María José Cubillas encontró en México y se percató por sus resultados, que ser adolescente hoy en día conlleva una carga estereotípica caracterizada por ambivalencia, cambios biológicos y sociales, contradicciones, debilitamiento de valores tradicionales, indecisión ante las responsabilidades que ha de asumir, egocentrismo, hedonismo y la búsqueda y redefinición de identidad, lo que puede repercutir en su salud emocional ^(44, 45, 46).

Tabla # 2 Intento de suicidio según escolaridad y procedencia de escuela en pacientes perteneciente a las áreas de salud Policlínico Sur y Olivos I, de la cabecera provincial, ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial “José Martí” en el período de Enero del 2006 a Diciembre del 2010 el año 2006 al 2010 n = 25.

Nivel de escolaridad	Rural		Urbano		Total	
	No	%	No	%	No	%
Primaria sin terminar	1	4	0	0	1	4
Primaria terminada	6	24	1	4	7	28
Secundaria sin terminar	5	20	9	36	14	56
Secundaria terminada	1	4	2	8	3	12
Total	13	52	12	48	25	100

Fuente: Historias Clínica

En la tabla dos se cruzan las variables procedencia de la escuela y nivel de escolaridad. En la categoría de secundaria sin terminar quedan ubicados 14 pacientes que representan el 56% lo que coincide con la edad que predomina y que corresponde a su vez con la etapa de la secundaria básica. Se coincide con varios estudios que ofrecen similares resultados y lo relacionan con el predominio de edades en las cuales atendiendo al nivel de desarrollo intelectual deben estar cursando por este tipo de enseñanza (47, 48, 49).

Existió bastante similitud en cuanto a la procedencia de la escuela, no obstante la ruralidad ocupó un caso más, para representar así un 52 % a diferencia de lo que se recoge en la literatura donde se señala que el intento suicida es más frecuente en las zonas urbanas pues en las zonas rurales es más frecuente que este acto llegue a consumarse, no obstante se piensa que

en las edades que se estudia no existe un número importante de pacientes que tengan este desenlace fatal además que gran parte de la población perteneciente al área de salud del policlínico Sur se encuentra en zonas rurales y con ello gran cantidad de escuelas insertadas también en estas áreas lo cual pudiera justificar que exista un caso más.

Para dar salida al objetivo número 2: Mencionar los factores de riesgo escolar, psicológico y familiar presente en estos pacientes, se distribuyó la muestra teniendo en cuenta las siguientes variables.

Tabla # 3: Intento de suicidio y tipo de familia, perteneciente a las áreas de salud Policlínico Sur y Olivos I, de la cabecera provincial ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial “José Martí” en el período de Enero del 2006 a Diciembre del 2010el año 2006 al 2010.

Estructura familiar	No.	%
Nuclear	20	80
Extensa	3	12
Ampliada	2	8
Total	25	100

Fuente: Historias Clínicas

La tendencia mundial es a la nuclearización, contrario a lo que señalan los estudios realizados en Cuba, Sin embargo se encuentran en la tabla 3 que el 80% de los pacientes pertenecen a hogares nucleares, seguido de un número mucho menor las familias extensas y ampliadas. Se determinó que de estos hogares nucleares la mayoría es reconstituida, o sea existe la presencia de madrastras, padrastros conviviendo con los menores así como madres solteras donde no tienen una figura paterna responsable de contribuir a la educación del menor.

En este contexto, los estresores cotidianos desempeñan un papel importante, porque involucran una relación particular entre el adolescente y su entorno, que puede rebasar sus recursos psicosociales. Los problemas pueden ser apreciados por ellos como demasiado violentos o difíciles de sobrellevar, aumentando su vulnerabilidad, y en algunos casos el intento de suicidio puede parecer una solución. Se coincide con un estudio realizado en México en el que la nuclearización es un fenómeno bastante frecuente. ^(23, 24)

Los resultados obtenidos son muy semejantes a los de un estudio realizado sobre la estructura familiar y su relación con la conducta suicida se muestra múltiples formas (nucleares, uniparentales madre o padre, reconstituidas), reportándose que poco más de la quinta parte de los adolescentes (23%) no viven con sus padres juntos por separación de estos. Si bien es ese estudio no fue especificada la situación legal de los padres, sus datos reflejan un aumento de parejas disueltas lo cual trae como resultado que estos adolescentes convivan en familias incompletas, ensambladas (con personas distintas al padre o madre), ó con su pareja, lo que puede dificultar su interacción, y de alguna, forma incidir en la conducta suicida ⁽²⁴⁾.

Tabla # 4: Intento de suicidio y factores psicopatogenizantes presente en el medio familiar en los pacientes perteneciente a las áreas de salud Policlínico Sur y Olivos I, de la cabecera provincial ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial “José Martí” en el período de Enero del 2006 a Diciembre del 2010el año 2006 al 2010.

Factores psicopatogenizantes	No.
Inconsistencia	19
Maltratos	8
Conflictos	8
Permisividad	4
Sobreprotección	2
Rigidez	1

Fuente: Historias Clínicas

En la tabla número cuatro se describen algunos factores psicopatogenizantes que se presentan en las familias de estos pacientes y que pueden repercutir negativamente sobre la salud mental de ellos así como en las relaciones que se establecen en el medio intrafamiliar. La inconsistencia es un factor presente en la educación y manejo de 19 de estos menores, este estilo educativo inadecuado en el que la tendencia a premiar y castigar la misma conducta es utilizada con el menor lleva a que durante la formación de su personalidad se adopten diferentes conductas como es la inseguridad pero sobre todo hacen cualquier cosa por obtener lo que desean y esto muchas veces pueden llevarlos a la conducta suicida como forma de intimidar, amenazar para lograr la atención de quienes le rodean. Le siguen en orden el maltrato y los conflictos, elementos que de alguna manera interfieren en la formación e incorporación de estilos adecuados de afrontamiento y adaptabilidad al medio.

La relación educativa, formativa y educativa que gira en torno al menor debe llevarse sobre una base sólida de estilos educativos adecuados para garantizar y estimular así la independencia, seguridad, autocontrol y crecimiento personal de los infantes. Cuando se producen alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud y de esta manera se precipita respuestas de estrés, llevando a desajustes mentales que pueden traer la aparición de conductas suicidas ^(23, 24, 50).

En estudios realizados con los cuales se coincide, se le ha dado importancia al análisis de la familia donde se ha planteado como las adversidades familiares, la falta de calidez en la relación padre – hijo, sobreprotección parental, comunicación inadecuada, contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida. ⁽⁵¹⁾ En un trabajo realizado en Finlandia se halló que las discusiones y pleitos intrafamiliares, así como las relaciones inadecuadas entre padres e hijos, fueron más comunes entre las pacientes jóvenes que realizaron intento suicida. ⁽²¹⁾

Tabla # 5: Intento de suicidio y antecedentes patológicos familiares de los pacientes perteneciente a las áreas de salud Policlínico Sur y Olivos I, de la cabecera provincial ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial “José Martí” en el período de Enero del 2006 a Diciembre del 2010 el año 2006 al 2010. n = 21

Antecedentes patológicos familiares	No.	%
Trastornos psiquiátricos	13	61,9
Intento suicida	5	23,8
Alcoholismo	3	14,3
Total	21	100

Fuente: Historias Clínicas

En la tabla 5 se expresa la relación del intento suicida con los antecedentes patológicos familiares. Del total de pacientes, 21 presentó antecedentes patológicos familiares importantes que tienen un vínculo muy estrecho con el aprendizaje de conductas inadecuadas así como la solución de conflictos. De ellos 13 tenían antecedentes de trastornos psiquiátricos lo cual representa el 61,9%, cinco de ellos tenían familiares cercanos con antecedentes de intentos suicidas, hecho que está demostrado sirve de modelo negativo para que otros miembros de la familia imiten tales conductas. Tres de los pacientes tenían antecedentes familiares de alcoholismo, elemento importante para que en los hogares exista disfuncionamiento y esto lleve a la práctica de estilos inadecuados en la educación lo que está reflejado en la tabla anterior.

Se coincide con estudios realizados donde se ha abordado ampliamente en los antecedentes patológicos familiares y se ha observado en un estudio del CIE de la Academia Nacional de Medicina, que aquellos pacientes con antecedentes de depresión en la madre o consumo de alcohol del padre, así como consumo de drogas por un hermano, tenían mas probabilidades de tener ideación suicida, que aquellos que no tenían estos antecedentes familiares. ⁽⁵²⁾

La asociación entre ideación suicida adolescente y el intento suicida de un familiar ha sido estudiada por otros autores, con los cuales coincide la autora y quienes señalan que en estas familias podría existir una forma de aprendizaje, proveyendo un modelo de solución ante dificultades emocionales o un modo de enfrentar la angustia ⁽⁵²⁾

Un estudio mundial denominado “World Mental Health surveys” ha comprobado que todos los trastornos mentales de los padres se asocian con una mayor tendencia a la ideación suicida de los hijos, pero sólo la ansiedad generalizada y la depresión se relacionan con la elaboración de planes de

suicidio y con la persistencia en el tiempo de la ideación suicida, mientras que la personalidad antisocial y los trastornos de ansiedad de los padres se asocian con los intentos de suicidio de los hijos y con su persistencia en el tiempo. ⁽⁵³⁾

Tabla # 6: Intento de suicidio y antecedentes patológicos personales en los pacientes perteneciente a las áreas de salud Policlínico Sur y Olivos I, de la cabecera provincial ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial “José Martí” en el período de Enero del 2006 a Diciembre del 2010 el año 2006 al 2010. n = 19.

Antecedentes patológicos personales	No.	%
Otras enfermedades	6	31,6
Ansiedad y/o depresión	6	31,6
Trastornos de aprendizaje	3	15,8
Intento suicida anterior	2	10,5
Enuresis	1	5,3
Hiperactividad	1	5,3
Rechazo escolar	1	5,3
Epilepsia	1	5,3

Fuente: Historias Clínicas

Al hacer referencia a otras enfermedades se tiene en cuenta otras patologías no psiquiátricas donde las más frecuentes fueron el Asma bronquial y trastornos oftalmológicos, en este grupo quedaron incluidos seis pacientes para un 31,6 % seguidos de otros seis con trastornos de ansiedad y/o depresión, luego le siguen los trastornos de aprendizaje, que ocupó 3 pacientes para un 15,8 % y dos pacientes presentaron antecedentes de intento suicida anterior lo cual representó el 10,5 %. La enuresis, hiperactividad, rechazo escolar y la epilepsia fueron las entidades menos frecuentes representadas por un solo caso que significa el 5,3 %.

De los antecedentes señalados, se discuten por su importancia los relacionados con los trastornos psiquiátricos del niño y el adolescente, sobre todo teniendo en cuenta como la mayoría de los pacientes ingresados por intento de suicidio tienen algún antecedente que puede guardar relación con su conducta. La etapa de la adolescencia es propicia para que cuadros depresivos y ansiosos puedan llevar a estos pacientes a la desesperación ante problemas presentados en su etapa evolutiva, de hecho existe un trabajo sobre riesgo suicida en niños y adolescentes realizados en la Clínica del Adolescente de Ciudad de La Habana, donde 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 (54).

En la enseñanza secundaria básica, que es donde se encuentra gran parte de la muestra, se necesita un mayor esfuerzo y poder intelectual para responder a las nuevas exigencias y mantener su posición académica, lo cual puede introducir factores emocionales que reducen aún más los logros cuando la presión es demasiado grande y los padres insisten en que obtengan buenas calificaciones; el faltar a clases, la mentira y el vagabundeo pueden ser el resultado. El adolescente puede avergonzarse o deprimirse, incluso tratar de suicidarse, por lo que los tres pacientes que presentan trastornos de aprendizaje pueden estar en esta situación (6, 30).

La mayoría de las investigaciones estudia la ansiedad como estado, es decir, como un trastorno que aparece en un determinado tiempo en la vida del individuo, ¿qué ocurre con la ansiedad medida como rasgo, es decir, aquella inserta en la personalidad del individuo? Idealmente, los factores de riesgo usados para propósitos predictivos deberían ser estables. En relación a este tema Ohring y cols en 1996 estudiaron 46 adolescentes israelitas entre 12 a 19 años de edad que se encontraban hospitalizados después de un intento

de suicidio; ellos se compararon con 72 pacientes adolescentes psiquiátricos hospitalizados que no tenían historia de intento de suicidio. Los resultados muestran que los intentadores de suicidio presentaron significativamente mayores niveles de ansiedad como estado y como rasgo. ⁽⁵⁵⁾

En base a estos estudios se puede plantear que la ansiedad agregada a un cuadro clínico de ideación suicida crea un particular sufrimiento al estado psicopatológico infantil, jugando de esta manera un rol amplificador en el desarrollo y/o la mantención de la ideación suicida que fácilmente puede conducir al intento suicida.

Tabla # 7: Intento de suicidio y características de personalidad en formación en los pacientes perteneciente a las áreas de salud Policlínico Sur y Olivos I, de la cabecera provincial ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial “José Martí” en el período de Enero del 2006 a Diciembre del 2010 el año 2006 al 2010. n = 25

Características de personalidad	No.	%
Impulsividad	16	64
Caprichoso	14	56
Baja tolerancia a frustraciones	9	36
Dominante	9	36
Genioso	8	32
Egocéntrico	6	24
Desobediente	3	12
Agresivo	2	8

Fuente: Historias Clínicas

En la tabla número 7 se resumen las características de personalidad de estos pacientes y la impulsividad es el elemento más común en estos pues de los 25 pacientes esta característica está presente en 16 de ellos, siguiéndole en frecuencia la categoría de caprichoso, baja tolerancia a las

frustraciones, dominante, genioso. Estas son características que en exceso comprometen el buen comportamiento y la toma de decisiones de los adolescentes que al sentirse frustrados optan por este tipo de conducta. En la adolescencia estos rasgos pueden estar aumentados pero si se tiene como característica relevante de la personalidad en estructuración entonces se estaría exponiendo a la toma de decisiones intempestivas, como sucede en los casos estudiados.

La autora considera que estas características guardan estrecha relación con los métodos educativos con los que son criados y educados estos menores que al ser más frecuentes los inadecuados se convierten en factores psicopatogenizantes, en este caso la inconsistencia presente en casi toda la muestra lleva a que estos pacientes vayan incorporando elementos negativos que laceran la formación de una adecuada personalidad y hace que en ellos exista predominio de estas características que los pueden llevar a actuar sin medir el resultado de sus actos.

Resultados similares, con los cuales se coincide, fueron encontrados por la Dra. Leydis Díaz Rojas en un estudio realizado en el Centro Comunitario de Salud Mental de Camaguey donde describe como significativo las dificultades en el control de impulsos, las escasas habilidades sociales para la solución de problemas, la baja tolerancia a las frustraciones y la Incapacidad para prorrogar la satisfacción de sus deseos, mostrándose demandantes de atención y afecto, ansiosos, dependientes y rebeldes. ⁽⁵⁶⁾

El intento suicida es una forma de violencia donde la tendencia a la autoagresión es muestra de cómo esta conducta puede estar favorecida por diversos factores y entre ellos las características acentuadas de personalidad: impulsividad, agresividad, baja tolerancia a las frustraciones, hacen que el comportamiento se vaya manteniendo en el tiempo. Resultados

similares a los planteados por Berkowitz en 1969, Dodge Petet en 1986, Farrington en 1989, y Pelegrín en el 2004 se describen en el presente trabajo. Ellos han coincidido en sus planteamientos de que la baja tolerancia a la frustración, un bajo autocontrol, una baja consideración y respeto por los demás así como una inestabilidad emocional son el punto clave para que se presenten comportamientos suicidas independientemente de los motivos personales y de la gravedad de los hechos. ^(57, 58, 59, 60)

Tabla # 8: Intento de suicidio y conflictos desencadenantes en los pacientes perteneciente a las áreas de salud Policlínico Sur y Olivos I, de la cabecera provincial ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial “José Martí” en el período de Enero del 2006 a Diciembre del 2010 el año 2006 al 2010. n = 25

Conflictos desencadenantes	No.	%
Conflictos familiares	13	52
Conflictos escolares	8	32
Conflictos amorosos	4	16

Fuente: Historias Clínicas

Los conflictos desencadenantes del intento suicida en el grupo de pacientes estudiados quedan reflejados en la tabla número 8. Los conflictos familiares están presentes en 13 de los pacientes para representar así un 52%, le siguen con ocho casos los conflictos escolares y con un número de cuatro casos para un 16% los conflictos amorosos.

La autora considera que estos resultados están acorde a lo que muestran diferentes estudios pues es la familia la encargada de cumplir con una serie de funciones que garanticen la integridad y el buen funcionamiento de la propia familia. Al fallar el cumplimiento de sus funciones se crea hostilidad, desorganización y el más afectado puede ser el adolescente que está atravesando por diversos cambios biológicos, psicológicos, propios de su

etapa evolutiva pero que si no tiene el apoyo de su familia como grupo primario y más cercano a él se sentirá incomprendido, abandonado, maltratado, y esto lo puede llevar al desarrollo de pensamientos negativos hacia sí mismo y hacia su familia lo cual puede ser muchas veces el detonante del intento suicida. Si el adolescente percibe cierto rechazo o la situación familiar le provoca sentimientos de enojo y de agresión, expresará estos sentimientos o el rechazo por diversos medios; a su vez la familia recibirá estas expresiones agresivas de la misma forma, lo que fomentará una mayor agresión hacia el joven y de esta manera se alimentará un círculo vicioso en donde se requiere de una verdadera comunicación para romper la cadena de agresiones.

La familia, como expresa el profesor Dr. Cristóbal Martínez constituye una entidad en la que están presentes e íntimamente relacionados el interés social y el interés personal, cumple importantes funciones en la formación de nuevas generaciones y es la principal fuente de influencia que tienen los hijos. Las familias de donde proceden un grupo de adolescentes, que se dedicó a estudiar por esta conducta se caracterizaban por su disfuncionabilidad ⁽⁶¹⁾. Este plantea que los conflictos que en ella se generan constituyen un factor relevante para el intento suicida. Otros estudios de familia e intento suicidio demostró que la asociación entre menor cohesión familiar y suicidalidad permite plantear que las familias desvinculadas o desprendidas tendrían más riesgo de que sus hijos presenten ideas suicidas o cometan intentos de suicidio. ⁽⁶¹⁾

De igual manera Herrera en sus revisiones relacionadas con la funcionabilidad y disfuncionabilidad de la familia considera que cuando hay falta de cohesión, armonía, jerarquización, distribución de roles y funciones hay tendencia a que aparezcan afecciones en la salud mental de sus miembros y esto influye de manera directa en la aparición de obstáculos y

dificultades para solucionar conflictos, que no dejan de estar lejos de conductas negativas como lo es el intento suicida, por lo que se coincide con estos señalamientos ⁽⁶²⁾.

Se coincide con un estudio realizado en Santiago de Chile donde Marcela Larraguibel señala que la ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión. ⁽⁶³⁾

Tabla # 9 Intento de suicidio y factores de riesgos escolares en los pacientes perteneciente a las áreas de salud Policlínico Sur y Olivos I, de la cabecera provincial ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial “José Martí” en el período de Enero del 2006 a Diciembre del 2010 el año 2006 al 2010. n = 25

Factores de riesgos escolares	No.
Conflictos con compañeros de estudio	5
Desmotivación escolar	4
Trastornos de aprendizaje	3
Conflictos con profesores	2
Inadaptación a la beca	2
Rechazo escolar	1

Fuente: Historias Clínicas

A pesar de que en la tabla ocho se hace referencia a los factores desencadenantes del intento de suicidio, en la presente tabla se quiere precisar los factores de riesgo escolares que aunque no fueron los más frecuentes un número importante de pacientes tuvieron exposición a algunos de ellos. Como factor primario desencadenante 8 pacientes plantearon que eran los problemas escolares los que los llevaron a esta conducta, sin

embargo existen otros pacientes del total de la muestra expuestos a estos factores sin que necesariamente estos los hayan conducido al intento de suicidio pero si guardan relación con los conflictos familiares o amorosos que los pueden haber llevado a ello. Las dificultades con los coetáneos afecta a cinco de los pacientes estudiados; cuatro muestran desmotivación escolar; otros tres tienen trastornos en el aprendizaje que los pueden llevar a este desinterés y en números decrecientes como es dos y uno respectivamente presentaron conflictos con profesores e inadaptación a la beca.

La autora considera que a veces estos problemas escolares guardan relación con las desavenencias que está presentando el adolescente en la familia, pues un hogar roto, sin protección, con conflictos los pueden llevar a mostrar desinterés escolar por falta de presiones o exigencias o al contrario por exceso de rigidez, también, los conflictos que el adolescente dejó en su casa pueden llevarlo a una preocupación excesiva que comprometa su aprendizaje, rendimiento y hasta la capacidad de adaptarse o no a la beca.

El centro de sus problemas puede estar girando alrededor de su familia y sus problemas y esto lo puede alejar del grupo de pertenencia, este aislamiento lo lleva a tener problemas en las relaciones interpersonales sobre todo con sus compañeros y de alguna manera pueden convertirse en un factor de riesgo escolar importante. A ello se suman algunas características propias de la etapa evolutiva y parecen estar inmersos en un gran desequilibrio donde las relaciones sociales también se ven afectadas en particular en los primeros años de la adolescencia, los viejos patrones son hechos a un lado, y se deben encontrar nuevos patrones en los ámbitos sexual, intelectual y social (Conger, 1980) ⁽⁶⁴⁾

Se coincide con otros estudios en que se plantea que aproximadamente a los doce años de edad, la habilidad para pensar acerca de sí mismo y de las

relaciones sociales es muy grande (Selman y Byrne 1974: en Sarafino, E. 1988). Durante los años intermedios y finales de la niñez el niño es capaz de inferir los sentimientos, los pensamientos y las intenciones de otras personas con cierta exactitud. Después junto con su continuo crecimiento cognoscitivo, el adolescente logra una mayor conciencia de sus pensamientos y del de los demás. Aunque las habilidades cognoscitivas se expanden durante la adolescencia en algún grado, el egocentrismo los obstaculiza, es decir por la incapacidad para adoptar el rol o el punto de vista de otra persona. Para algunos adolescentes, la transición de la dependencia en la niñez a la auto-regulación independiente está llena de conflictos y tensiones interpersonales, aunque otros cumplen sus tareas con poca tensión. ^(65, 66)

Para dar salida al objetivo número 3: Evaluar el intento de suicidio en los pacientes provenientes de las áreas de salud Policlínico Sur y Olivos I de la cabecera provincial ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial “José Martí” en el período de Enero del 2006 a Diciembre del 2010 se distribuyó la muestra teniendo en cuenta las siguientes variables.

Tabla # 10: Métodos utilizados en el intento suicida en los pacientes perteneciente a las áreas de salud Policlínico Sur y Olivos I, de la cabecera provincial ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial “José Martí” en el período de Enero del 2006 a Diciembre n = 25

Métodos utilizados	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Tabletas	0	0	22	88	22	88
Sustancias tóxicas	1	4	0	0	1	4
Intento de ahorcamiento	1	4	0	0	1	4
Sección de vasos	0	0	1	4	1	4
Total	2	8	23	92	25	100

Fuente: Historias Clínicas

Como se aprecia en la tabla 10, la ingestión de tabletas constituye el método más utilizado por la población femenina para intentar suicidarse, de las 23 féminas de la muestra sólo una utilizó otro método, el resto optó por la ingestión de tabletas para un 88%. En el caso de los dos varones que formaron parte de la muestra utilizaron métodos más violentos como fue la ingestión de sustancias tóxicas y el intento de ahorcamiento aportando un 4% cada uno.

La autora considera que estos resultados eran esperados pues los datos que se expresan en la mayoría de los estudios demuestran que en estas edades abordadas es más frecuente este tipo de método a utilizar pero además el sexo femenino es el predominante en la muestra y son las féminas quienes más optan por este método. Se piensa que por ser el más disponible en cada uno de los hogares de los pacientes pero además por ser el más conocido en forma general.

Se coincide con varios autores que se han dedicado a profundizar sobre el tema y ejemplo es el trabajo realizado por Dra. Teresa Castellanos Luna y otros: Intento suicida en el niño y el adolescente, donde se refiere a que los adolescentes que estudia en su mayoría recurre a la ingestión de tabletas y sólo ocasionalmente utilizan otro método. Esto lo relaciona con la disponibilidad del mismo y el uso y abuso descontrolado que existe de medicamentos por la población cubana así como la falta de control sobre esto y la no precaución de mantener los medicamentos alejados del alcance de los menores no solo por evitar accidentes si no también para prevenir el fácil acceso a estos en un momento de desesperación del menor. ⁽⁴⁶⁾

Existe concordancia con lo que se revela de manera general donde se considera que los hombres llevan o tratan de llevar hasta el final sus intentos de suicidio con métodos más efectivos entre ellos el ahorcamiento o el uso

de armas de fuego mientras que las mujeres intentan el suicidio mediante la ingestión de tabletas que permite evitar consecuencias menos fatales que los utilizados por el sexo masculino. ⁽⁶⁷⁾

Sea cual sea el método debe eliminarse la tendencia que existe de minimizar el hecho atendiendo al mismo, si bien es cierto que se toma en cuenta para la evaluación integral del intento suicida, se tiene que tener claridad en que estas conductas manifiestan un llamado o grito de ayuda del adolescente y debe prestarse toda la atención en su manejo.

Tabla # 11: Tipo de tabletas utilizadas en el intento suicida en los pacientes perteneciente a las áreas de salud Policlínico Sur y Olivos I, de la cabecera provincial ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial “José Martí” en el período de Enero del 2006 a Diciembre n = 22

Tipo de tabletas	No	%
Psicofármacos	15	68,2
Analgésicos	12	54,5
Antihistamínicos	10	45,5
Otros	9	40,9
No precisados	1	4,5

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla número 11 se muestran datos que apoyan lo discutido en la tabla anterior en relación al uso de medicamentos para intentar suicidarse. El uso de psicofármacos ocupó un 68,2 % seguido de los analgésicos y antihistamínicos con un 54,5 % y 45,5 % respectivamente. Si se tiene en cuenta la tendencia que existe a la automedicación por parte de la población general a pesar de la puesta en marcha de programas de salud en relación a la prevención de este uso indiscriminado, la mayoría de las personas se siente estresada, angustiada, preocupada por las situaciones cotidianas que enfrentan y muchas utilizan los psicofármacos para calmar sus síntomas, de

igual modo el uso y la presencia en todos los hogares de analgésicos no es desconocida, por lo tanto esto justifica que hayan sido los medicamentos más utilizados por los pacientes. No debe despreciarse el hecho de que 19 de los 25 pacientes del estudio tienen antecedentes patológicos personales lo cual puede estar relacionado con el consumo de medicamentos en dosis inadecuadas buscando su finalidad que era intentar contra su vida.

Además de esta situación la autora considera que lo expresado en la tabla número cinco sobre la presencia de antecedentes patológicos familiares, sobre todo psiquiátricos, en más de la mitad de la muestra, justifica el acceso de los pacientes a este tipo de medicamentos.

Se coincide con los criterios brindados en un estudio realizado sobre: El intento suicida como causa de intoxicación en pediatría, en este, la Dra. Ismary Sánchez Suso, y Dra. Isabel López Hernández, encontraron que los psicofármacos, como reporta la bibliografía desde los inicios de reportes de intentos suicidas y otros accidentes, ocupan un lugar significativo como tóxico utilizado solo o combinado con otros medicamentos. Consideran esta disponibilidad de psicofármacos en muchos de los hogares de los pacientes por su alto consumo dado por el estrés de la vida actual, donde el uso de los mismos está ampliamente utilizado por psicólogos, psiquiatras y psicoterapeutas incluso por neurólogos en combinación con otros medicamentos en pacientes con patologías crónicas. ^(68, 69)

Tabla #12: Letalidad del método del intento suicida en pacientes pertenecientes a los municipios de Taguasco y Fomento desde el año 2006 al 2010.

Letalidad	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Inocuo	1	4	0	0	1	4
Riesgoso no letal	17	68	0	0	17	68
Riesgoso Potencialmente letal	5	20	1	4	6	24
Letal	0	0	1	4	1	4

Fuente: Historias Clínicas

Uno de los aspectos a tener en cuenta al evaluar el Intento de suicidio es la letalidad del método empleado. En la tabla número 12 se aprecia como de los veinte y cinco pacientes del estudio 17 pacientes del sexo femenino utilizaron el método riesgoso no letal para un 68%, a pesar de ser una categoría que incluye métodos que no necesariamente son letales si tienen gran importancia ya que de algún modo producen alteraciones en el funcionamiento del organismo así como signos de intoxicación. El método potencialmente letal fue utilizado por seis de los 25 pacientes para un 24%, de ellos 5 del sexo femenino y uno del sexo masculino, cifra importante y que llama la atención ya que ante circunstancias agravantes podían haber conducido a la muerte a estos pacientes. En el caso del método letal estuvo representado por un paciente masculino que utilizó el intento de ahorcamiento, método muy letal al ser utilizado pero que al mediar una intervención oportuna esto pudo ser evitado. Llama la atención en lo antes explicado que la categoría de mayor inocuidad donde no se pone en peligro la vida del sujeto ni su integridad física sólo es ocupada por una paciente por lo que al ser evaluado el intento teniendo en cuenta la letalidad del método no se debe menospreciar esta tendencia ya que de algún modo se ve afectado el adolescente y se puede ver comprometida su vida.

En un estudio realizado sobre la Valoración de algunos aspectos relacionados con el intento suicida en pacientes jóvenes con trastornos de personalidad, evaluaron el intento suicida en el grupo de adolescente estudiados y encontraron una letalidad “riesgoso potencialmente letal”. Cuando se compara lo expuesto en la tabla 12 con el trabajo realizado se observa coincidencia ya que a pesar de que no fue la categoría que predominó en el trabajo que se expone sí se encontró un número importante en esta categoría, además hay que destacar que los resultados que estos autores señalan se obtienen en una muestra que tiene trastornos de personalidad. ^(70,71)

En un estudio sobre “Caracterización de la conducta suicida en adolescentes del municipio Cerro” la Dra. Mayra del Toro describe que la generalidad de los adolescentes utilizó métodos riesgosos no letales, por lo que los resultados de este estudio son similares a los que esta describe. ⁽⁴²⁾

Se coincide además con el Dr. Juan Manuel Saucedo que realizó un estudio en México sobre Violencia autodirigida en la adolescencia y destaca que el método más comúnmente empleado en el Intento suicida por las mujeres fue la sobredosis de medicamentos y que los varones utilizaron métodos más violentos como cortaduras o intentar ahorcarse y que la letalidad fue calificada como muy riesgosa en más de la mitad de los implicados en esta conducta. Se refiere además que en algunos servicios hospitalarios suele subestimarse la relevancia de los Intentos de suicidio, sobre todo en casos de mujeres que toman sobredosis de medicamentos, y muchas veces se les atribuye principalmente intenciones manipuladoras por encima de motivaciones psicopatológicas. Sin embargo, queda claro que se trata de expresiones de malestar psicológico importante que requieren de ayuda

profesional para, entre otros fines, tratar de evitar un desenlace fatal en un posible intento suicida en el futuro.⁽⁷²⁾

Tabla #:13 Gravedad de las circunstancias en el intento suicida en los pacientes perteneciente a las áreas de salud Policlínico Sur y Olivos I, de la cabecera provincial ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial “José Martí” en el período de Enero del 2006 a Diciembre n = 22

Gravedad de las circunstancias	No	%
Nula	9	36
Gravedad baja	14	56
Gravedad moderada	2	8
Gravedad alta	0	0
Total	25	100

Fuente: Historias clínicas

La gravedad de las circunstancias queda expuesta en la tabla número 13, se observa que 14 pacientes quedan incluidos en la categoría de gravedad baja, para un 56% que aunque solo ocasionalmente pudieran llegar a la consumación del hecho existe el riesgo de que de al traste con la vida del paciente, pues la mayoría después de ingerir las tabletas con fines suicidas decidieron acostarse u ocultarle a los familiares más cercanos sobre lo ocurrido, quedando en manos de una amiga o amigo o terceras personas la posibilidad de evitarlo. Le sigue en número de pacientes los que cometieron el intento en circunstancias donde la gravedad fue nula representando un 36% donde una vez realizado el intento le comunicaron a sus padres o lo hicieron en presencia de otros familiares allegados o con un vínculo afectivo marcado. Sólo dos pacientes quedaron incluidas en la gravedad moderada. Se piensa que estos resultados guardan relación con los métodos elegidos ya que al tratarse en su mayoría de ingestión de tabletas (Psicofármacos), los adolescentes optaron por acostarse en busca de efectos como dormir,

relajarse, y muchas veces antes la incertidumbre del verdadero efecto del medicamento ingerido decidió esperar para ver los resultados del hecho cometido. Muchas veces antes la preocupación por el hecho cometido estos pacientes se limitan a avisarle a una amiga o amigo como alguna forma de pedir ayuda.

Se coincide con Torres Lio Coó quien hace una valoración sobre el Intento suicida en adolescentes y en cuanto a la gravedad de las circunstancias se observó en orden decreciente una gravedad baja, continuó la moderada y una gravedad nula; constituyó una gravedad alta la menos representativa. A la vez él concuerda con otros autores, quienes plantearon una baja gravedad en la realización de los intentos suicidas, señalan que en ellos en ocasiones no hay posibilidades de que se consuman los actos por ser una forma de pedir ayuda o llamar la atención. (70, 71,73)

Existe coincidencia, según lo interpretado por la autora en relación a la búsqueda de ayuda de estos adolescentes, con Chávez, Medina y Macías, quienes en el 2008 realizaron un estudio y encontraron que la mayoría de los estudiantes que reportaron intento de suicidio buscaron ayuda principalmente con amigos o compañeros de escuela; por lo tanto, bajo estas condiciones se vuelve importante informar y sensibilizar a la población estudiantil con respecto al fenómeno del suicidio debido a que son ellos mismos su principal fuente de apoyo y también quienes más lo padecen: Cabe mencionar que esta forma de prevención también ha sido propuesta por otros autores, que obtuvieron resultados positivos y alentadores (74, 75).

Los resultados encontrados por la autora coinciden con un estudio realizado en La Habana, Municipio de Guanabacoa, donde a pesar que sus autores relacionaron la gravedad de las circunstancias con el sexo se observa que la

tendencia de esta variable es la gravedad baja (39,3%) y nula (34,4%) en general, y en el sexo femenino, además la gravedad de las circunstancias más alta en el sexo masculino (22,2%). ⁽⁷⁶⁾

Tabla # 14: Finalidad del intento suicida en los pacientes perteneciente a las áreas de salud Policlínico Sur y Olivos I, de la cabecera provincial ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial “José Martí” en el período de Enero del 2006 a Diciembre n = 22

Finalidad del intento	No	%
Modificar una situación familiar	11	44
Evitar situaciones desagradable	8	32
Terminar con la vida	4	16
Llamar la atención	3	12
Total	25	100

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 14 se expone la finalidad que perseguían los pacientes al cometer el intento suicida, quedando reflejado el mayor número (11) en la intención de modificar una situación familiar representado así por el 44% de los casos, seguido de los que evitaban una situación desagradable con 8 casos para un 32 % y luego seguidos en número de 4 y 3 para los que buscaban terminar con su vida y llamar la atención respectivamente. Si se relacionan estos resultados con los principales conflictos desencadenantes puede decirse que se trata de un resultado esperado ya que en el estudio los problemas familiares y escolares ocupan un lugar importante y es en estos contextos donde el adolescente puede perderse en la búsqueda de una solución a sus problemas y trate entonces de modificarlos o evitarlos a costo de esta conducta.

No debe despreciarse el hecho que una vez que el paciente llega al servicio de Psiquiatría para poder realizarse su intervención en crisis ha sido sometido a los cuidados pediátricos para ser desintoxicado y muchas veces han sido tributarios de mayores cuidados en la terapia, este hecho facilita que tengan tiempo de reflexionar y pensar en lo que hicieron e incluso arrepentirse, por lo que resulta difícil obtener un dato fiel en relación a la verdadera finalidad del intento pues en ocasiones niegan su verdadera intención y esto puede cambiar su interpretación a la hora de evaluar el intento suicida.

Estas reflexiones de la autora, según los resultados encontrados en el estudio, la llevan a coincidir con otros autores que al referirse a la letalidad, seriedad y gravedad de las circunstancias en el intento suicida, son muy cuidadosos a la hora de emitir un resultado pues consideran que en ocasiones acuden al juicio clínico según lo observado durante la entrevista al paciente y el reporte que este haga de su acto, marcando así ciertas limitaciones en la medición de estas conductas. ⁽⁷⁷⁾

Tabla # 15: Seriedad del intento suicida en los pacientes perteneciente a las áreas de salud Policlínico Sur y Olivos I, de la cabecera provincial ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial “José Martí” en el período de Enero del 2006 a Diciembre n = 22

Seriedad de la intención	No	%
No serio	7	28
Poco serio	14	56
Serio	3	12
Muy serio	1	4
Total	25	100

Fuente: Historias clínicas

La seriedad de la intención fue reflejada en la tabla número 15 donde se aprecia que 14 pacientes (que representan el 56 %) hicieron el intento considerado poco serio, a pesar que existe la necesidad de buscar más una ganancia que la verdadera muerte debe recordarse que en esta categoría existen posibilidades de llevar a cabo el suicidio y tratándose del grupo de edad que se analiza, debe recordarse que la impulsividad manifiesta en estas edades es un elemento importante a tener en cuenta ya que de no controlarse los impulsos puede terminar en un fatal desenlace. Le siguen en frecuencia los no serios con 7 pacientes y el serio y muy serio con 3 y 1 pacientes respectivamente. Al igual que en la tabla anterior hay que tener en cuenta que esta evaluación no se realiza inmediatamente después del intento suicida donde el adolescente puede ser más sincero en sus respuestas teniendo en cuenta lo explicado con anterioridad en la discusión de esa tabla.

La seriedad del intento suicida radica en lo que el joven hace o deja de hacer para ser descubierto antes de morir. Si el fin del acto es comunicar un estado de descontento en general, el joven provocará ser descubierto antes de alcanzar su cometido de morir; sin embargo, aunque esta actuación es de menor gravedad que la de un adolescente que arregla todo para no ser descubierto, siempre debe prestarse la atención debida y ayudar al joven a elaborar y superar la crisis por la que pasa. ⁽⁷⁷⁾

Vuelve a existir coincidencia con los resultados encontrados en el estudio realizado en Guanabacoa donde se refieren a que la seriedad de la intención del intento suicida según el sexo, es poco serio (36,1%) y no serio (31,1%), fundamentalmente en el sexo femenino y

observándose un mayor grado de seriedad en el sexo masculino, con el nivel serio (33,3%) y muy serio (22,3%). ⁽⁷⁶⁾

Para dar salida al objetivo número 4: Proponer un plan de acción para la prevención del Intento de suicidio en la comunidad:

Se pretende accionar en el adolescente, la familia y la comunidad, para disminuir el índice de intentos suicidas desde la perspectiva del trabajo comunitario, preparándolos en cuanto a manejo del estrés, fomento de estilos de vida saludables, empleo del tiempo libre, y desarrollo de habilidades para la comunicación, aplicable a las diferentes áreas de salud de la provincia de Sancti Spíritus y así aplicar un plan de acción multisectorial, donde se involucre la escuela, la familia y la comunidad. Específicamente se propone un accionar desde la óptica del trabajo comunitario, en este caso dirigidas a las familias identificadas como problemáticas o riesgo en las que convivan niños y adolescentes que puedan desarrollar comportamientos desajustados como es el tema que se analiza.

OBJETIVOS DEL PLAN DE ACCIÓN

1. Identificar a través del proceso de dispensarización las familias riesgos de conductas suicidas y que tengan en su composición niños o adolescentes.
2. Orientar e informar a los padres de estos pacientes sobre sus inquietudes en el manejo de las diferentes etapas evolutivas así como en los diferentes temas sugeridos o identificados por ellos mismos.
3. Contribuir al desarrollo de habilidades en los padres de adolescentes acerca del sistema de relaciones comunicativas con éstos.

Objetivo1

Identificar a través del proceso de dispensarización las familias riesgos de conductas suicidas y que tengan en su composición niños o adolescentes.

Se proponen acciones:

- Preparar al personal de salud que participará en el proceso en los aspectos que se debe tener en cuenta para que sea dispensarizada la familia como riesgo.
- Actualizar las historias clínicas familiares con la dispensarización que se realice.
- Resumir el total de familias con las que se va a realizar el trabajo psicoeducativo así como los datos de los niños y adolescentes que pertenecen a las mismas para facilitar otras estrategias a realizar específicamente con este grupo.

Participantes

Equipo básico de salud así como el equipo de salud mental.

Responsables

Médico de la familia, Equipo de Salud Mental.

Recursos

Materiales: papel, lápiz, historias clínicas familiares.

Humanos: Equipo de Salud Mental y Médico y Enfermera de la familia

Fecha de realización

Permanente y actualizar el registro de datos de forma anual.

Fecha de chequeo y evaluación

Trimestral

Lugar: En cada vivienda de los pacientes así como en el propio consultorio médico de la familia.

Objetivo 2

Orientar e informar a los padres de estos pacientes sobre sus inquietudes en el manejo de las etapas evolutivas así como en los diferentes temas sugeridos o identificados por ellos mismos.

Acciones:

- Explicar detalladamente a los padres los aspectos más relevantes de cada etapa evolutiva en el desarrollo y crecimiento de sus hijos.
- Mencionar y dramatizar los principales problemas que se presentan en cada una de esas etapas.
- Identificar a través de lluvias de ideas los temas de interés para estos padres.
- Realización de técnicas participativas sobre los temas a que se refieran.
- Mostrar videos y grabaciones relacionados con los diferentes temas sugeridos.
- Realización de debates y dinámicas grupales que permitan el conocimiento de sí mismos y la modificación de conductas negativas.
- Realización de cines-debate y lecturas comentadas de forma sistemática, con temas relacionados con la conducta suicida, los mecanismos de afrontamiento a la vida, la tolerancia al estrés y la asertividad.

Participantes:

Todos las familias (madres y padres) previamente identificados en el proceso de dispensarización.

Responsable

Médico de la familia y equipo de salud mental.

Recursos:

Materiales: papel, lápiz, cartulina, plumones, vídeo, grabadora.

Humanos: Médico y Enfermera de la familia, Equipo de Salud Mental.

Fecha de realización:

Permanente con una frecuencia mensual.

Fecha de chequeo y evaluación:

Trimestral

Lugar

Cada consultorio del médico de la familia o un local previamente preparado para esta actividad.

Objetivo 3

Contribuir al desarrollo de habilidades en los padres de adolescentes acerca del sistema de relaciones comunicativas con éstos.

Se proponen acciones:

- Impartir charlas educativas referentes a la adolescencia y sus características.
- Realización de debates, proporcionando el diálogo entre los padres donde intercambien experiencias vividas con los adolescentes, conllevando a una reflexión sobre la forma en que están siendo educados éstos.
- Proyección de videos con temas de educación y familia.
- Realización de charlas educativas sobre temas como los estilos de afrontamiento y el manejo del estrés.

- Proyección de videos sobre el tema del suicidio y los motivos del adolescente para recurrir a este.
- Valoración de la comunicación con el adolescente en el seno de la familia, a través del debate con los padres.

Participantes

Padres o tutores de los adolescentes

Responsables

Médico de la familia, Equipo de Salud Mental.

Recursos

Materiales: papel, plumones, videos, grabadora, folletos.

Humanos: Equipo de Salud Mental y Médico y Enfermera de la familia

Fecha de realización

Permanente con una frecuencia bimensual.

Fecha de chequeo y evaluación

Trimestral

Lugar: Con buenas condiciones ambientales y estructurales, donde no existan ruidos excesivos ni interferencias, y que esté lo más cercano posible al lugar de residencia de los padres.

CONCLUSIONES

El intento suicida es sin dudas un fenómeno del que la población infanto juvenil no está exenta por las cifras que indican las estadísticas actuales. El grupo de 13 a 16 años fue el más afectado en el estudio realizado y dentro de ellos una marcada inclinación al sexo femenino. La escolaridad de la mayoría de los pacientes es secundaria sin terminar. Los factores de riesgos siguen siendo múltiples en el intento suicida predominando los conflictos familiares, seguido de los escolares; Los hogares nucleares, la inconsistencia en la educación y los antecedentes patológicos familiares de enfermedades psiquiátricas aportaron números elevados en el estudio. Más de la mitad de la muestra presentó antecedentes patológicos personales diversos, destacándose los trastornos de ansiedad y depresión. Todos los pacientes presentaron acentuados algunos rasgos de personalidad que pueden interferir en sus desajustes. La evaluación del intento resultó en más de la mitad de la muestra: Riesgoso no letal, de gravedad baja, poca seriedad, hecho que no debe subestimarse por lo que implica cada una de estas categorías. Se planteó un plan de acción para ser aplicado a los padres y familiares convivientes con niños y adolescentes que representan riesgos de desarrollar este tipo de conducta.

RECOMENDACIONES

Se recomienda la valoración de la aplicación de este plan de acción como forma de ir preparando a la familia para la buena educación y formación de estos menores a fin de evitar conductas disruptivas como lo es el intento suicida. Se sugiere además vincular a la escuela, la comunidad, el niño y adolescente a estos programas de preparación y de fomentación de estilos y hábitos saludables de vida que de alguna manera contribuyan a mantener la Salud Mental de ellos y de la familia en general.

Debe estrecharse las relaciones entre los equipos de Salud Mental de la comunidad y los de los hospitales con el objetivo de hacer entrega de los casos que ingresen por esta conducta y así exista un mejor manejo de los mismos con el interés común de evitar el reintento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Washington, DC: OPS, 2008 :80-187.
2. 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.
3. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. Clin Psychol Rev 2007; 24(8): 957-79.
4. Rodríguez Méndez, O. Suicidio en: Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud del adolescente. Ciudad de La Habana: UNICEF; 2009: 135-139.
5. Peña, L. y col. Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. Rev. Cubana. Med. Gen. Integr. 2006; 18(1): 33-45.
6. Pérez Barrero SA (2002) La adolescencia y el comportamiento suicida. Ediciones Bayamo.
7. "Suicidio e intentos de suicidio en la infancia y la adolescencia: Un problema en aumento?", Pediatría, vol. 12(118-21) España, mayo, 2009.
8. Mardomingo Sanz M.J. y M.L. Catalina Zamora:"Intento de suicidio en la infancia y la adolescencia: factores de riesgo", An. Esp. Pediatr., 36, 6(429-32), España, 2002.
9. Louro B I, Pría B MC. Alternativas metodológicas para la estratificación de familias según situación de salud familiar. Rev. Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2008 [citado 16 mayo 2009]. 24(4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125.

10. Durán Gondar A, Díaz Tenorio M, Valdés Jiménez Y, García Córdova A, Chao Hernández A. "Convivir en Familias sin Violencia". Una metodología para la intervención y prevención de la violencia intrafamiliar. (Informe Parcial del PNCT "Violencia Intrafamiliar") [base de datos en Internet] Dpto. de Estudios sobre Familia. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas CITMA. (Con la colaboración de Save the Children Fundation UK) Ciudad de La Habana, Noviembre de 2003 [citado 12 Sep 2008] Disponible en: ecimed@infomed.sld.cu.
11. Rodríguez Marín G. Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad: Estilos de vida y salud. En: Psicología Social de la Salud. Madrid: Editorial Síntesis; 2005.
12. Organización Mundial de la Salud - OMS. Proyecciones para el 2010 en Salud Mental. Presentado en el Congreso Internacional de Epidemiología Psiquiátrica, en Sgo.de Compostela, España, 1996.
13. Nakajima H. La epidemiología y el futuro de la salud mundial. Vol. Epidemiol 2000; 11:1-6.
14. Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de Salud. Edición 2007. Disponible en: URL: <http://www.sld.cu/anuario/indice.html>
15. Sistema de Información Estadística del sector Salud. Dirección Provincial de Estadística. MINSAP. Sancti Spíritus; 2010.
16. Mardomingo Sanz MJ.: Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes, Ediciones Díaz de Santos, S.A., España, 2004.
17. Armas NB, Ramos I, Murla PA, Sosa I, Rodríguez A. Evaluación de algunos aspectos del Programa Nacional de Prevención de la conducta suicida. Municipio Playa, 1995, Rev Cubana Hig Epidemiología 2008;36(2):105

18. Sarro, B. y C. de la Cruz. Los suicidios, Editorial Martínez Roca, España, 2001.
19. Guibert RW, Trujillo GO. Un abordaje psico- lógico de la problemática del suicidio en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2007;9(4):316-22.
20. Baker FM, Launer LJ, Brataler MM. Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr 2006; 19(5) Acceso: 25 nov 2005 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252003000500004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. 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 Psichiatr 1995; 34(10):1297-307.
22. Knapp R E. Psicología de la salud. La Habana: Editorial Félix Varela; 2005
23. Martínez Gómez C. La familia y las necesidades psicológicas del niño. Rev Cubana Med Gen Integr 1993;9(1):69.
24. Valadez-Figueroa I, Amezcua-Fernández R, Quintanilla-Montoya R, González-Gallegos N: Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior, Medicina familiar. Vol.7 (3)69-78.
25. Pérez- Amezcua, Berenice et al. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. Salud pública Méx. [online]. 2010, vol.52, n.4, pp. 324-333. ISSN 0036-3634
26. Villalobos Galvis FH. Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. Salud Mental. 2009; 32(2):165-171

27. Alonso Joya M. Factores implicados en el riesgo de suicidio en jóvenes. Madrid. Monografía. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos28/suicidio-adolescentes/suicidio-adolescentes.shtml>
28. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa de Prevención de la conducta suicida en Cuba. La Habana: MINSAP; 1988. p. 1-13
29. Rodríguez Méndez, O. Suicidio en: Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud del adolescente. Ciudad de La Habana: UNICEF; 2009: 135-139.
30. The Centers for Disease Control and Prevention, USA. Suicide facts and figures. Monitor on Psychology 2006;32(10).
31. Prado Rodríguez R. factores de riesgo en la conducta suicida y las estrategias de prevención. [Monografía en Internet]. [Consultado 2010 Septiembre 23]. URL disponible en: <http://http://www.psiquiatricohph.sld.cu/hph0204/hph02804.htm>
32. Pagán Castro A.L., C.E. Parrilla Cruz y S.M. Parrilla Cruz."Comportamiento suicida en niños y adolescentes: intervención del médico de familia", Boletín Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico, 74(10):284-88, Puerto Rico, enero, 2008.
33. Pavez, Paula; Santander, Natalia; Carranza, Jorge y Vera-Villarroel, Pablo. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. Rev. Méd. Chile [online]. 2009, vol.137, n.2, pp. 226-233. ISSN 0034-9887
34. Rodríguez Pulido F., A. Sierra López, R. Gracia Marco, J.L. González de Rivera y D. Montes de Oca: La prevención del suicidio (I): prevención primaria, Psiquis, 317/90, vol. XI/90, 47-52, España.
35. Rodríguez Marín G. Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad: Estilos de vida y salud. En: Psicología Social de la Salud. Madrid: Editorial Síntesis; 2005.

36. Vaz-Leal, F.J.: "Psychotherapeutic Management of suicide attempts in children and early adolescents: working with parents, Psychother". Psychosom. 52:125-32, España, 2001.
37. Clauvijo A. Et AL. Manual de psiquiatría para el Medico de la Familia. Ed. Ciencias Médicas La Habana, 1999.
38. Martínez Jomrnez A, Moracen Disotuar I, Madrigal Silveira M. Comportamiento de la conducta suicida infanto-juvenil. Rev Cubana Med Gen Integral [online] 1998; 14(6) [citado 15 noviembre 2006], p.554-559. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000600008&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-2125.
39. Lafete Trebejo LA. Comportamiento del suicido en Ciudad de La Habana. Intervención de enfermería en la atención primaria de salud. Rev Cubana Enfermer 2010; 16(2):78-87.
40. Peña Galván LY, Casa Rodríguez L, Padilla de la Cruz M, Arencibia Gómez T, Gallardo Álvarez M. Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. Rev Cubana Med Milit 2002(3);182-7.
41. Torres Vidal R, Gran Álvarez M. Panorama de salud de la mujer cubana. Rev. Cubana Salud Pública v.29 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2003
42. Del Toro Kondeff M, Hernández González Y, David Huerta B. Caracterización de la conducta suicida en adolescentes del municipio Cerro, 2009 -2010. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2012, 9(2)
43. Rodríguez González AI, Canosa Besu LB, Trenzado Rodríguez N, González Pérez H, Fernández Fernández A Cordero Paz I. Epidemiología del suicidio en Cárdenas. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2008; 30(4). Disponible en URL:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/ano%202008/vol4%202008/tema1.htm>

44. Cubillas Rodríguez MJ, Román Pérez R, Abril Valdez E, Galaviz Barreras AL. Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora, México. *Salud Mental* vol.35 no.1 México ene./feb. 2012
45. Martínez Jiménez A, Moracen Disotuar I, Madrigal Silveira M, Almenaga Aleaga M. Comportamiento de la conducta suicida infanto juvenil. *Rev Cub Med Gen Integr* 2008; 14(6):554-9.
46. 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.
47. Torres Li-Coo V, Rodríguez Valdés NR, Font Darias 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.
48. 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.
49. Cano P, Gutiérrez C, Nizama M. Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2009; 26(2):175-181.
50. Pérez S, Ross LA, Pablos T, Calas R. Factores de riesgo suicida en adultos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;13(1):7-11.
51. Hernández Trujillo A, Rebustillo Escudero G.T, Danauy Enamorado M. Influencia del medio familiar en un grupo de 5 a 19 años con riesgo suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr* v.15 n.4 Ciudad de La Habana jul.-ago. 1999

52. Rubistein J, Halton A, Kasten L, Rubín C, stechler G. Suicidal behavior in adolescent: stress and protection in different family contexts. *Am J Orthopsychiary* 1998; 68: 274-84.
53. World Health Organization. Mental health atlas—2005. Geneva: WHO; 2005.
54. Bages N. Estrés y salud: el papel de los factores protectores. *Comportamiento* 2010;1(1):16-28.
55. Ohring R, Apter A, Ratzoni G, Weizman R, Tyano S, Plutchik R: State and trait anxiety in adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 154-7.
56. Díaz Rojas L, Hernández Figaredo P, García Gutiérrez L. Propuesta de un plan de acción para la prevención del intento suicida en adolescentes. Área norte, Camaguey, Cuba. *Rev Médica Psiquiatría.com*. 2006; 10(2)
57. Berkowitz, L. (1969). The frustration – agresión hipótesis revisited. En L. Berkowitz (Ed), *Roots of aggression*. Nueva York: Atherton press.
58. Dodge, K.A., Pettit, G.S., Mc Claskey, C.L. y Brown, M (1986). Social Competente in children. *Monographs of the society for Research in Child Developmen*, 51, 1- 85.
59. Farrington, D.P (1989). Early predictors of adolescent aggression and adult violence. *Violence and victims*, 4, 79-100.
60. Pelegrin, A. (2004). El comportamiento agresivo y violento: Factores de riesgo y protección como mediadores de inadaptaciones y adaptaciones en la socialización del niño y el adolescente. Tesis doctoral. Murcia. Universidad de Murcia.
61. Portzky G, Van Heeringen K. Deliberate self-harm in adolescents. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20:337-42.
62. Herrera P. Familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;13(6):591-5.

63. Larraguibel Quintana M., González. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Rev. chil. pediatr. v.71 n.3 Santiago mayo 2000.
64. Conger, Judith C.; Keane, Susan P. Social skills intervention in the treatment of isolated or withdrawn children. Psychological Bulletin, Vol 90(3), Nov 1981, 478-495.
65. Robert L., Selman., Byrne D. A structural – Developmental Analysis of levels of role taking in middle childhood. JSTR:Development, Vol. 45, No. 3 (Sep., 1974), pp. 803- 806.
66. Sarafino, E. P. Yarmstrong, J. W. (1988): Desarrollo del niño y del adolescente. México: Trillas.
67. Bille U, Jensen B, Jessen G. Suicide among the Danish elderly: now in years to come. 2004;23:13-24
68. Mardomingo MJ. Psicopatología del niño y el adolescente. En: Suicidio e intento de suicidio. Ediciones Driz de Sotos, 2004; 415:30-34.
69. Sánchez Suso I., López Hernández I., Ares Wong A., Cruz Navarro OL., O'Farril Sánchez M. El intento suicida como causa de intoxicación en pediatría. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. Rev. Cub. Med Int Emerg 2007;6(4):925-933.
70. Torres Lio-Coo V., Josué Díaz L., Font Darías I., Rodríguez Valdés N., Urrutia Zerquera E., 5 Gómez Arias M. Valoración de algunos aspectos relacionados con el intento suicida en pacientes jóvenes con trastornos de personalidad. Revista Cubana de Medicina Militar. Rev Cub Med Mil v.35 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2006
71. Aristizábal Gaviria Alejandro, González Morales Andrea, Palacio Acosta Carlos, García Valencia Jenny, López Jaramillo Carlos. Factores asociados a letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor. rev.colomb.psiquiatr. [serial on the

- Internet]. 2009 Sep [cited 2013 Jan 17] ; 38(3): 446-463. Available from:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000300005&lng=en.
72. Saucedo-García Juan Manuel, Lara-Muñoz Ma. del Carmen, Fócil-Márquez Mónica. Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. Vol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2006 Ago [citado 2013 Ene 17] ; 63(4): 223-231. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000400002&lng=es.
73. Torres Li-Coo Vladimir, Josué Díaz Lídice, Rodríguez Valdés Nicolás Roberto, Font Darías Ileana, Gómez Arias Moraima Bárbara, García García Carlos Manuel. Aspectos relacionados con el intento suicida en pacientes ingresados en el Centro Nacional de Toxicología. Rev Cub Med Mil [revista en la Internet]. 2006 Jun [citado 2013 Ene 17] ; 35(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000200005&lng=es.
74. Chávez-Hernández Ana María, Medina Núñez Miriam Carolina, Macías-García Luis Fernando. Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. Salud Ment [revista en la Internet]. 2008 Jun [citado 2013 Ene 20] ; 31(3): 197-203. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000300005&lng=es.
75. Mansilla Izquierdo F. Suicidio y prevención. Palma de Mallorca: Intersalud Neurociencias; 2010 [citado 11 Oct 2011]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3146/1/suicidio_y_prevenccion_fernando_mansilla_izquierdo.pdf

76. Valdés Arístides B., Núñez Blanco PP. Estudio de los adolescentes con intento suicida en Municipio de Guanabacoa. Rev. Infinity. Monografías y apuntes. 2012
77. Alonso A. Mateos Rodríguez, A. Huerta Arroyo, M.A. Benito Vellisca. Características epidemiológicas del intento autolítico por fármacos. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, ISSN 1137-6821, Vol. 19, Nº. 5, 2007 , págs. 251-254.

Anexo 1

Hospital Pediátrico Provincial Docente “José Martí y Pérez”

Sancti Spíritus

Hoja de Registro de Datos de la Investigación

1. Caso _____

2. Edad:

5 a 8 años _____

9 a 12 años _____

13 a 16 años _____

3. Sexo

Masculino _____

Femenino _____

4. Escolaridad

Iletrado _____

Primaria sin terminar _____

Primaria terminada _____

Secundaria terminada _____

Pre Universitario sin terminar _____

5. Convivencia

Con madre biológica _____

Con padre biológico _____

Madrasta _____

Padrasto _____

Padres adoptivos ____
Hermanos ____
Abuelos ____
Otros parientes allegados ____
No son parientes ____

6. Tipo de escuela

Urbana ____
Rural ____

7. Tipo de familia

Nuclear ____
Extensa ____
Ampliada ____

8. Factores psicopatogenizantes

Rigidez ____
Permisividad ____
Sobreprotección ____
Autoritarismo ____
Rechazo ____
Conflictos ____
Maltratos ____
Inconsistencia ____

9. Antecedentes Patológicos Familiares de Trastornos Psiquiátricos.

Si ____

No _____

10. De ser afirmativo. Señale cuál de los siguientes:

Esquizofrenia _____

Trastornos Afectivos de nivel psicótico _____

Depresión a nivel neurótico _____

Retraso Mental _____

Trastorno de Personalidad _____

Otros _____

En caso de responder otros. Diga
cuáles. _____

11. Antecedentes patológicos familiares de alcoholismo

Si _____

No _____

12. Antecedentes Patológicos Familiares de Conducta Suicida.

Si _____

No _____

13. Antecedentes Patológicos Personales de Trastornos Psiquiátricos.

Si _____

No _____

14. De ser afirmativo. Señale cuál de los siguientes:

Esquizofrenia _____

Trastornos Afectivos de nivel neurótico y/ o sicótico _____

Retraso Mental _____

Trastorno de personalidad _____

Trastornos adaptativos _____

Trastornos disociales _____

Trastornos de aprendizaje _____

15. ¿Ha manifestado ideación suicida en los últimos 5 años?

Si _____

No _____

16. Antecedentes Patológicos Personales de Intento Suicida previos.

Si _____

No _____

17. Motivos o conflictos desencadenantes del suicidio

Conflictos Familiares _____

Conflictos Escolares _____

Conflictos Amorosos _____

Conflictos Económicos _____

Conflictos Judiciales _____

Abuso sexual _____

Desconocido _____

Otros _____

18. Método Utilizado para consumir el suicidio.

Ingestión de Psicofármacos. _____

Ingestión de sustancias tóxicas _____

Ahorcamiento _____

Precipitación de altura _____

Sección de vasos _____

Inmersión _____

Quemaduras _____

19. Finalidad del intento

Terminar con la vida ____
Llamar la atención ____
Modificar situación familiar ____
Asustar a otros ____
Evitar situaciones negativas ____
Sin objetivo claro ____
No evaluado ____

20. Letalidad del método

Inocuo ____
Riesgoso no letal ____
Riesgoso potencialmente letal ____
Método letal ____

21. Gravedad de la circunstancias

Nula ____
Gravedad baja ____
Gravedad moderada ____
Gravedad alta ____

22. Seriedad de la intención

No serio ____
Poco serio ____
Serio ____
Muy serio ____