



INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS
MÉDICAS
SANTIAGO DE CUBA

DEPARTAMENTO DE MAESTRÍAS

Título
“Enfoque de Riesgo en Adolescentes
Suicidas en Atención Primaria de Salud”

Tesis presentada en opción al Título Académico de
Máster en Atención Primaria de Salud

Autora
Lic. Bertha Maura Martínez Ríos
Tutora
Dra. Oneida Terazon Miclin

Santiago de Cuba, Junio de 2009

“Año 50 de la Revolución”

“Busco un hombre lo suficientemente hombre
en su formación y lo suficientemente elevado
en sus propósitos”

Diógenes Laer
Filósofo griego

Agradecimientos

A:

Mi amigo Jorge Joaquín, por ser quien primero me tendió la mano en los momentos difíciles de la gravedad y la convalecencia de mi padre. También a su linda familia por acogerme con cariño.

Mi amiga siempre, Yolanda Mercerón Figarola por su cariño y apoyo incondicionales.

A mi amiga y colega, Sheila Bringas, por su cariño, ética y delicadeza al brindar apoyo.

A Lambert por su cariño y apoyo incalculables en el procesamiento bioestadístico. A su departamento por su acogida ética y humana.

A Miriam Milán, por su amistad a toda prueba. A su madre por su delicadeza. A sus maravillosos canes por su hospitalidad.

A mi hija y Seydel, su novio, por su apoyo, respeto y cariño.

A mi tutora y en particular a su madre por recibirme siempre con su mejor sonrisa y apoyo.

A los profesores de mi colectivo de asignatura, Idaliana, Carlos y Erislandy, por su apoyo.

A:

- ♥ Mis amigas y colegas Yolanda, Teresa, Ileana y Madeleine por su apoyo.
- ♥ Dr. Jorge Joaquín, por su amistad.
- ♥ Al Departamento de Posgrado y Maestrías de la Facultad de Ciencias Médicas por su profesionalidad, en particular por su ética y cariño.
- ♥ Mi padre por su amor, ética y compromiso de toda la vida.
- ♥ Mi Hija, mi mejor fruto, inspiración y confianza de trascendencia personal y profesional.
- ♥ Todos los amigos y colegas que me han apoyado en este duro bregar.

Resumen

La problemática relacionada con el insuficiente enfoque de riesgo en la identificación de los factores de riesgo suicida en los adolescentes y por consiguiente el insuficiente impacto en la prevención del primer y segundo intento de suicidio, justifica la necesidad de asumir este estudio.

El presente estudio fue realizado en el Municipio Santiago de Cuba, en el área de salud representada por el Policlínico “Ramón López Peña”, con el objetivo de aplicar el enfoque de riesgo en la identificación de los factores de riesgo en adolescentes suicidas de dicha área.

Se trata de un estudio de casos y controles para el cual se confeccionó una encuesta de factores de riesgo mediante la que se obtuvo la información que fue procesada utilizando sistemas operativos pertinentes como el SSPS y EPINFO con el objetivo de aportar precisión, validez y confiabilidad al procesamiento de la misma.

Índice

Introducción	1
Capítulo I. Referentes teóricos sobre adolescencia, riesgo y comportamiento suicida.....	9
1.1. Breve caracterización de la adolescencia. Contextos socializadores y crisis.....	9
1.2. Factores de riesgo suicida en la adolescencia.....	17
1.3. Algunas consideraciones teóricas acerca del comportamiento suicida	38
Capítulo 2: Los factores psicológicos del comportamiento suicida en adolescentes del área de salud “Ramón López Peña”	
2.1. Aspectos metodológicos de la investigación.....	48
2.2. Análisis y discusión de los resultados de la investigación.....	51
Conclusiones.....	57
Recomendaciones.....	61
Bibliografía	
Anexos	
1 Encuesta de Factores de Riesgo Suicida	
2 Resultados del análisis estadístico de los datos	

Introducción

En la actualidad existen dos posiciones extremas respecto del suicidio que colocan a las Ciencias Sociales y a las Ciencias Médicas en una posición diferente en cuanto a su abordaje, a partir de que se reconocen "los derechos humanos sobre la vida personal". Una de ellas la lidera la OMS, que toma muy en cuenta las cifras que declaran a una nación como la que mayores y mejores gestiones realiza para elevar la expectativa de vida.

La otra posición está representada por la Bioética Médica, que defiende el derecho de la persona a morir con dignidad según la conciba, colocando – por tanto – un dilema bioético y moral: distinguir entre el carácter sagrado de la vida y la calidad de vida. Aparece entonces la alternativa de la práctica de la eutanasia.

Aunque en Cuba, al igual que en el resto de los países del mundo (salvo Holanda, Australia del Norte y Oregón en Estados Unidos de Norteamérica), esta práctica no es admitida, ni tiene aceptación legal, en tanto los médicos no podrán convertirse nunca en un instrumento de muerte, es atinada la conciencia crítica de que ha variado la brújula de evaluación de la vida, y se distingue – no obstante – la eutanasia, sea activa o pasiva, del enseñanza terapéutico y del suicidio asistido. (Serret, 1998)

Tanto la eutanasia positiva como la negativa existen, y la segunda cada día está más de moda, por lo que la medicina debe esforzarse al máximo por evitar a todo el mundo una muerte de abandono y colmada de sufrimientos, que es la auténtica "muerte de perro". Esta muerte, lamentablemente, hoy está en condiciones de éxito casi siempre, debido a la falta de voluntad política de muchos gobiernos en aras de elevar a planos superiores la economía en general y la salud en particular. Toda maniobra que se haga buscando que una persona muera antes de los previsible, puede ser un delito, y eso es la eutanasia positiva. En cambio, la eutanasia negativa, caracterizada por no realizar acciones para prolongar una vida prácticamente terminada, debe marchar de acuerdo a los deseos del moribundo y de su familia. Cada día, en el mundo, hay más adeptos a esta última. Es sabido que en Cuba, no se practica ninguna, por lo menos conscientemente. La Medicina tiene que realizar muchas veces actividades de riesgo, pero no actividades determinantes de la muerte.

Con relación al suicidio, podríamos decir aproximadamente las mismas cosas. El suicidio como fenómeno individual es conocido en todas las sociedades, tiene antecedentes que se remontan a la misma existencia del hombre, y asume características de acuerdo con la cultura y estructura socioeconómica.

Algunos que presumen en algún momento de muy liberales dicen que por qué no se ha de dejar a la persona morir si tiene voluntad de muerte. Sin embargo, la mayor parte de los que se suicidan no tienen voluntad de muerte, sino voluntad de cambiar su situación de vida, es decir, de cambiar de forma de vivir.

Este es el mensaje de la mayor parte de los suicidas. Muchos están afectados, además, por una enfermedad psíquica, que les ofrece una realidad distorsionada y les ha sustraído la libertad interior. Una voluntad lúcida de morir no se encuentra casi nunca en los suicidas, pero sí en la fantasía de las mentes que defienden el respeto al suicidio. Algunos incluso publican libros sobre cómo suicidarse. Da la coincidencia de que muchas de las personas que escriben estos libros o las personas que se autodenominan intelectuales liberales que tratan de estimular el respeto a las personas para que suiciden libremente, mueren a una edad muy avanzada. Es más lúcido defender la libertad para vivir que para morir. (2)

Estas coordenadas obligan – científicamente hablando – a avivar el pensamiento crítico en materia de referentes bibliográficos. Uno de los más recientes aportes en materia de abogar por la calidad de la vida y el bienestar subjetivo, aún en condiciones personales y sociales difíciles

El hombre es un ser que encierra en sí mismo factores que condicionan su desarrollo y su adaptación al medio social y psicológico, incluso los que él mismo aporta en la creación y transformación de este último, que condicionan su adaptación a un mundo cambiante, dinámico y diverso. En concordancia con este pensamiento, la autora asume con el Dr. Ricardo González Menéndez (2003) el concepto de salud que implica no sólo ausencia de síntomas, sino el disfrute del bienestar físico, psíquico y social, cultural y espiritual de un individuo. Expresa el equilibrio sujeto – medio.

Este enfoque dialéctico resulta atinado en el análisis de los aportes hechos por distintos sistemas científicos – especialmente desde las Ciencias Médicas y las Sociales – los cuales permanecen capsulados por críticas atomizadas y esquematizadas que no contribuyen a enriquecer el carácter multifactorial del

comportamiento suicida y mucho menos las líneas investigativas centradas en las ciencias biológicas, y de las ciencias sociales.

Mientras se considere el suicidio como evento aislado y causa, perdemos la rica perspectiva epidemiológica de reconocerlo como uno de los comportamientos derivados de dos grandes factores de riesgo que son alcoholismo, factores sociales y estrés.¹ Esta tendencia se hace evidente en diferentes ámbitos investigativos cuando se abordan las alteraciones de orden emocional de los casos en crisis.

El suicidio es un hecho de causa multifactorial, en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales y lo consideramos como una falla de los mecanismos adaptativos del sujeto al medio ambiente, provocado por una situación de conflicto actual o permanente que genera un estado de tensión emocional.

Múltiples han sido los factores de riesgo invocados; entre ellos las edades extremas (adolescencia y tercera edad), los antecedentes de afecciones crónicas invalidantes, antecedentes de afecciones psiquiátricas, familias con alteraciones en su dinámica y con situaciones económicas desfavorables, entre otros, pero sólo la identificación local de los mismos permitirá desarrollar estrategias de intervención poblacional e individual que den solución al problema de salud planteado.

Según el 1er Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, en el año 2000, unas 815 000 personas murieron a causa del suicidio en todo el mundo. Esto representa una tasa mundial de mortalidad anual de cerca de 14,5 por 100 000 habitantes, que equivale a una defunción cada 40 segundos. El suicidio es la decimotercera causa principal de muerte en el mundo. Entre las personas de 15 a 44 años de edad, las lesiones autoinfligidas son la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad.

Las muertes por suicidio son sólo una parte de este problema muy grave. Además de los que mueren, muchas personas más sobreviven a los intentos de acabar con su propia vida o causarse un daño, a menudo suficientemente grave para requerir

¹ Curso de Epidemiología de Avanzada. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Santiago de Cuba. 1992.

atención médica. Por otro lado, cada persona que se suicida deja detrás de sí a muchas otras (familiares o amigos) cuyas vidas resultan profundamente afectadas desde el punto de vista emocional, social o económico. Se estima que los costos económicos asociados con la muerte por suicidio o con las lesiones autoinfligidas suman miles de millones de dólares estadounidenses al año. (16)

Esta observación en cuanto a la correlación entre la intención del acto y el resultado y su alcance multidimensional, abre el abanico cultural de profesionales e instituciones comprometidas en cuanto a la magnitud del problema, máxime si nos detenemos en la edad como principal marcador demográfico de riesgo, ya que a nivel mundial las tasas tienden a aumentar con la edad: en personas de 75 años y más, las tasas alcanzan el triple del valor en relación con las edades de 15-24 años, recientemente - 2003 – estas últimas alcanzan la punta del iceberg.

En cuanto al enfoque de género, no podemos pasar por alto que en materia de suicidio sigue siendo puntero el llamado “sexo fuerte”: los hombres.

La Comisión Europea y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han advertido sobre la degradación del estado de salud entre los adolescentes en los últimos años, priorizando el problema del suicidio y la depresión entre este grupo humano. No obstante, es aconsejable, tomar precauciones para usar los datos, ya que la manera en que se registran las defunciones de todo tipo varía enormemente según el tipo de suicidio y por tanto los datos subestiman la verdadera prevalencia. En cuanto al comportamiento suicida no mortal, se confrontan dificultades para recopilar la información, ya que en muchos países en desarrollo, el suicidio sigue siendo un delito punible, por tanto sólo una minoría acude a los establecimientos de salud para recibir atención médica y además los hospitales no siempre registran los casos. (16)

Estos datos aportados por la OMS en su primer informe mundial de violencia y salud son ilustrativos de una problemática que, en distintos contextos sociodemográficos, adquiere diferente grado de representatividad y repercusión, por lo que merece atención. Esto sucede también en el caso de Cuba, sobre todo por la existencia de una infraestructura creada y garantizada por nuestro proyecto social, en este caso, en el nivel primario de salud.

En Cuba existe desde 1989 el Programa de Prevención de la Conducta Suicida, cuyos objetivos principales son evitar el primer intento, su repetición y la consumación del segundo intento. El programa es también un instrumento para identificar este comportamiento, y ha arrojado sus frutos, como el ya mencionado de la disminución del comportamiento suicida en la adolescencia; no obstante, ningún esfuerzo es poco, en aras de disminuirlo mucho más y hasta erradicarlo, y es por eso que nos empeñamos en el empleo del método llamado Enfoque de Riesgo.

La muerte por suicidio en la población joven cubana se ha tornado inquietante para los profesionales de la Salud Pública y en particular a los de la Salud Mental, y para la familia, ya que de muy poco han servido las áreas de ayuda para atender las crisis de quienes son propensos al suicidio, pues los que padecen estos rasgos toman determinaciones inmediatas.

En la provincia Santiago de Cuba, en el mes de abril de 2007 se evidenció una tasa de 0,7 muertes por suicidio, lo que representa una razón de 12,8; equivalente a 1002 intentos de suicidio y 78 suicidios consumados.

Este análisis nos lleva a pensar (con todo compromiso profesional) en la necesidad de aplicar el enfoque de riesgo en el abordaje de este problema científico.

En los momentos actuales se comienza a usar el enfoque de riesgo en las investigaciones en el campo de los accidentes (primera causa de muerte en este grupo de población), violencia, educación (deserción, repitencia), y de salud (disturbios afectivos, depresión, suicidio) cuyos aportes han contribuido a la implementación de acciones globales y específicas en los países tanto en el campo de la salud pública, como en la atención individual y de grupos de adolescentes, sus familias y comunidades. (7)

Esto reafirma el compromiso profesional que asume este trabajo en cuanto a la aplicación del enfoque de riesgo.

Si bien es cierto que el Enfoque de Riesgo es perfectamente aplicable a cualquier etapa del desarrollo de la personalidad, nos urge aplicarlo en la adolescencia. Visto el suicidio como un comportamiento que tiene antecedentes en una infancia

problemática y puede tener expresión en otras etapas como la adultez media y la adultez mayor y en un país como el nuestro, que presenta cifras de envejecimiento poblacional al nivel de los países más desarrollados, es necesario garantizar el desarrollo sano y productivo de la población y en particular de las familias que constituyen la célula fundamental de nuestra sociedad. La intencionalidad de esta investigación es profundizar en la eficacia de un método del cual (en nuestra práctica profesional) ya ha dado cuenta un pilotaje realizado en la adultez media.

El Enfoque de Riesgo es un método que se aplica para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención a aquellos que lo requieran. Es un enfoque que no es igualitario: discrimina en quienes tienen mayor necesidad de atención. Discrimina la vulnerabilidad de salud y de enfermedad.

Su hipótesis por excelencia es: mientras más exacta sea la medición del riesgo, más adecuadamente se comprenderán las necesidades de atención de la población y ello favorecerá la efectividad de las intervenciones.

Con el objetivo de aportar más exactitud a la identificación del riesgo, se formula el siguiente problema de investigación:

Problema

Insuficiente investigación sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Primaria de Salud, para la identificación del comportamiento suicida en la adolescencia, en el policlínico "Ramón López Peña", de Santiago de Cuba.

Objeto

El comportamiento suicida en adolescentes

Objetivo General

Aplicar el enfoque de riesgo en la identificación de los factores psicológicos del comportamiento suicida en adolescentes del área de salud "Ramón López Peña", de Santiago de Cuba

Campo de acción

Los factores psicológicos del comportamiento suicida en adolescentes

Objetivos Específicos

- 1) *Identificar los riesgos psicosociales presentes en los adolescentes estudiados*
- 2) *Valorar la asociación causal entre los factores de riesgo identificados y el comportamiento suicida*

Hipótesis

Si se aplica el Enfoque de Riesgo para identificar los factores psicosociales de mayor vulnerabilidad en los adolescentes, entonces, se podrá delimitar que causas están mayormente asociadas con el comportamiento suicida en estas edades en el área de salud estudiada.

Tareas

1. *Caracterizar el comportamiento suicida en el adolescente*
2. *Valorar la asociación causal de los factores de riesgo y el daño a la salud*

Métodos

Métodos teóricos de investigación que constituyen procesos del pensamiento para la indagación en el tema (análisis-síntesis, inducción-deducción, hermenéutico dialéctico).

Enfoque de Riesgo como método práctico fundamental en la investigación.

Métodos estadísticos para procesar los resultados de la aplicación del Enfoque de Riesgo

Aporte

La exactitud en la identificación de los factores de riesgo y su asociación con el daño a la salud en los adolescentes suicidas del área de salud "Ramón López Peña"

Capítulo I. Referentes teóricos sobre adolescencia, riesgo y comportamiento suicida

1.1.- Breve caracterización de la adolescencia. Contextos socializadores y crisis

La adolescencia es la etapa evolutiva del desarrollo humano que transcurre entre los 10 y 19 años con dos fases, adolescencia temprana (de 10 a 14 años) y adolescencia tardía (de 15 a 19 años). Se inicia por cambios puberales, que se caracterizan por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales; muchas de ellas generadoras de riesgos, conflictos y contradicciones. Por lo general, es una etapa en la que se experimentan fuertes situaciones de estrés, confusión, dudas sobre sí mismo, presión para lograr éxito, inquietudes financieras y otros miedos. Estas particularidades se agravan en aquellos casos en que no ha habido una buena formación y desarrollo de su personalidad, o viven en condiciones socio familiares adversas, y son favorecedoras para desarrollar comportamientos difíciles y hostiles, llegándose en ocasiones a favorecer uno de los comportamientos más dañinos para la vida de estos adolescentes, que es el suicidio.

Muchos modelos teóricos han concebido el estudio de esta etapa del desarrollo, entre estos la asumida por la autora: la de la Escuela Histórico–Cultural, fundada por el eminente psicólogo soviético L.S. Vigotsky. Según este autor, el medio desempeña el papel rector en el desarrollo psíquico. Introdujo el concepto de “situación social del desarrollo” (SSD). Por este término designó aquella combinación especial de los procesos internos del desarrollo y de las condiciones externas, que es típica del desarrollo psíquico durante el correspondiente desarrollo evolutivo y las nuevas formaciones psicológicas, cualitativamente peculiares, que surgen al final de cada período (Bozhovich, 1981).

En la SSD se presentan dos aspectos importantes en su composición dialéctica: el sistema de actividad del adolescente y el sistema de comunicación. Se hará referencia inicialmente al sistema de actividad.

El sistema de actividad del adolescente, al igual que el escolar, se encuentra inmerso en la actividad docente, tarea a la que dedica gran parte de su tiempo. No obstante, en esta etapa el carácter de la actividad del estudio cambia esencialmente, tanto por su contenido como por su forma.

La enseñanza media escolar, a la vez que amplía la experiencia del adolescente, favorece el desarrollo del pensamiento teórico y el nivel superior de su actitud cognoscitiva hacia la realidad. En este sentido, los intereses cognoscitivos se transforman en intereses teóricos, que sirven de base a la aparición de intereses profesionales. Por otra parte, el adolescente también realiza un conjunto de actividades extraescolares (culturales, deportivas, políticas, etc.) que contribuyen a ampliar sus intereses y al desarrollo de sus capacidades. Es de señalar que tanto la participación en estas actividades como en aquellas que realiza en su tiempo libre, es más independiente y selectiva que en la edad escolar.

Se requiere, potenciar la capacidad de reflexión, en la medida que facilite al adolescente una mirada de alternativa y creatividad para solucionar sus problemas, ya que los recursos cognitivos son muy importantes para la prevención del suicidio.

En cuanto al sistema de comunicación, hay que destacar en primer lugar la relación del adolescente con sus coetáneos. Esta relación íntimo- personal constituye una fuente de profundas vivencias para este y también de un conjunto de reflexiones acerca de diferentes aspectos de la realidad, incluida su propia persona. La relación adolescente – adolescente está regulada por un código de camaradería que se basa en el respeto mutuo, la confianza total y un constante intercambio acerca de las preocupaciones relativas a la vida personal. En esta relación de comunicación los adolescentes reproducen las relaciones adultas en cuanto a tareas, motivos y normas de relación entre estos. La puesta en práctica de este código moral genera conflictos entre el adolescente y el adulto, lo que lleva a determinados autores a considerar la existencia de una “moral autónoma” que se opone a la “moral adulta” (nos referimos al llamado conflicto generacional). Desde nuestra visión, es inadecuado, ya que los adolescentes no se oponen a la “moral adulta” sino a la “moral de obediencia” que en ocasiones el adulto trata de imponer, por lo que no necesariamente la relación entre adolescentes y adultos debe adquirir un carácter de conflicto.

En la adolescencia el motivo fundamental de la conducta y la actividad del adolescente es su aspiración de encontrar un lugar en su grupo de coetáneos. En esta etapa la opinión social del grupo posee un mayor peso que la de padres y

maestros, y en este sentido, el bienestar emocional del adolescente depende de si ha logrado ocupar el lugar al que aspira dentro del grupo.

También la familia representa un factor importante en el sistema de comunicación del adolescente. En la vida familiar el adolescente debe responder a un conjunto de exigencias, en función del desarrollo de la personalidad.

Aunque la opinión de los coetáneos ha sido considerada por la bibliografía psicológica como elemento fundamental que determina la conducta del adolescente, se ha comprobado en entrevistas realizadas a grupos de adolescentes cubanos que la opinión de los padres tiene gran importancia para el bienestar emocional del adolescente (9).

En este sentido consideramos que no en todo momento el adolescente responde a lo pautado por el grupo, sino que depende del estilo de comunicación que se haya desarrollado entre este y sus padres. De ahí la importancia de dirigir conscientemente las influencias educativas que se ejercen sobre el adolescente por parte de la familia, la escuela y la sociedad en general.

Sólo el conocimiento de las regularidades del desarrollo de la personalidad en esta etapa, así como los cambios anatomofisiológicos bien presentes, nos permitirán hacer realidad en la práctica un principio de la Psicología y la Pedagogía: La enseñanza conduce al desarrollo y lo dirige.

Este principio se traduce en la necesidad de “conducir “al adolescente a encontrar el “sentido de la vida”, de forma tal que haga suyos aquellos valores y legítimas aspiraciones sociales y morales de la sociedad que construimos, a través de su asimilación activa y personal, todo lo cual posibilitará una regulación consciente de su comportamiento y el surgimiento de la concepción del mundo en la edad juvenil.

Otro aspecto a destacar es que el establecimiento de un nuevo sistema de actividad y relación con los adultos (SSD), resultan - a veces - generadoras de conflictos y agudizan las manifestaciones de la llamada crisis de la adolescencia, así como nuevas formas de relación con sus iguales, cuyas aceptaciones dentro del grupo – como ya expresamos - se convierte en un motivo de gran significación para el bienestar del adolescente. (9)

Se ha tratado de dar una explicación a este fenómeno partiendo de diferentes posiciones teórico - metodológicas. La corriente del universalismo biogénico aporta una interpretación biologicista de este fenómeno, al hacerlo depender de la maduración del organismo; por su parte, los antropólogos culturales se sitúan en el polo contrario considerando el ambiente (influencias sociales no vistas en su condicionamiento histórico) como determinante de la crisis. A estas posiciones se le suman aquellas que identifican la crisis con conflictos generacionales.

Para la psicología marxista la crisis no se identifica con el "conflicto", sino que es valorada teniendo en cuenta su contribución al desarrollo de la personalidad en esta etapa. Incluso algunos autores lo consideran la "fuerza motriz".

Es una crisis de carácter psicológico que expresa la contradicción existente entre las potencialidades psicológicas crecientes del adolescente (de las cuales este es cada vez más consciente) y las posibilidades reales para su real que ocupa el adolescente.

Esta contradicción es provocada por la posición intermedia que ocupa el adolescente. Por una parte se plantean a su comportamiento exigencias elevadas (debe mantener una disciplina consciente, realizar con seriedad tareas, comportarse de manera reflexiva e independiente) y por otra se le brindan pocas posibilidades de organizar por sí mismo su comportamiento, pues realmente no siempre se encuentra preparado para tener el grado de independencia al que aspira.

La necesidad de independencia y autoafirmación, características del adolescente, son expresión de la crisis, manifestándose a veces en conductas que resultan chocantes al adulto. En este sentido tratan de destacarse en alguna esfera, de poner en apuros al adulto con sus preguntas, emplean estilos altisonantes de conversación, dan muestra de "sabhondez" acentuada, tratan de ser originales en el uso de la moda o presentan un extremo abandono de su apariencia física.

Estas manifestaciones – paradójicamente - son expresión de la inseguridad del adolescente y una forma de buscar apoyo y comunicación con quienes le rodean. Su expresión tendrá un carácter más o menos marcado, en función del manejo que logren las personas cercanas al adolescente de su comportamiento. (9)

Es evidente que nuestro comentario gira alrededor del llamado sistema de valores, esos que constituyen resortes sociales que son defendidos, estimados (o apreciados), deseados, buscados, esto es, considerados como importantes para toda la sociedad, una parte de esta o por grupos de individuos. Son una especie de credencial de presentación con los que nos mostramos ante los demás. Los valores nos permiten distinguir entre lo principal y lo secundario, lo atractivo de lo que rechazamos, lo bueno de lo malo, lo correcto de lo incorrecto, así como alejarnos de lo contrario, esforzarnos, tolerar la frustración si lo que queremos es defender o preservar un valor.

Los valores dependen de la sociedad de que se trate, de su realidad económica, su cultura, sus tradiciones, su historia, su religión, su idiosincrasia, etc. También son históricos, es decir, cambian de una época a otra, se transforman.

Entre los adultos y los jóvenes se dan encuentros y desencuentros. No todos los valores se interiorizan de igual forma, ni se asumen con igual compromiso. Podemos asumir normas de modo externo, cuyos valores no acatamos, no interiorizamos. Por eso no existe una similitud exacta entre los valores defendidos por la sociedad y los valores expresados en el ámbito de los grupos, familias e individuos.

El proceso de educación en valores debe lograr que la persona dé sentido propio a aquel contenido que la sociedad presenta como valor, Para esto resulta imprescindible la creación y la defensa de espacios para la reflexión, la discusión, el debate, la coexistencia de puntos de vista contrapuestos e incluso, para el error reflexivo.

Los valores se forman en marcos tan amplios como la humanidad o tan reducidos como la familia.

Esta última es la forma primaria de organización humana, el primer grupo de referencia para cualquier ser humano donde mayor fuerza tienen las tradiciones y su conservación. Es en ese marco donde se aprende a sentir, a pensar, a concebir el mundo de un determinado modo y se reciben orientaciones primarias de valor. Las primeras nociones de lo que se puede y lo que no se puede, lo que se debe y lo que no se debe, tienen el propósito fundamental de garantizar la supervivencia de ese pequeño grupo humano.

Esos valores adquiridos en edades tempranas quedan casi siempre más arraigados en la estructura de la personalidad, lo cual hace más difícil su cambio. De ahí la importancia de que esa educación primera sea lo más adecuada posible. La familia está incluida en un mundo social y sus cambios se insertan dentro de determinados cambios globales de la sociedad en su conjunto.

Continuamente se está hablando de crisis de valores que muchas veces se asocia a la crisis de la familia. Y si bien no es posible responsabilizar únicamente a la familia de esto, si es cierto que los cambios que se operan a nivel mundial afectan a la familia.

Actualmente estamos viendo en un mundo muy dinámico, matizado por el tránsito hacia lo que se ha dado en llamar postmodernidad, que representa un cambio en la interpretación de los valores. Se instala cierta psicología nihilista, de desesperanza, pierden fuerzas las utopías, los sueños, la solidaridad, la posibilidad de alcanzar una sociedad más justa para enfatizarse las salidas individualistas.

La cultura tiende más a transnacionalizarse, lo cual lamentablemente no significa que se enriquezca con los aportes culturales de todos los pueblos, sino que se produzca con preponderancia en determinados centros mundiales de poder y se irradie por todo el planeta, mostrando una imagen simplificada de supuestos valores universales e incitando hacia un modo de vida que, además de superfluo, no está al alcance real de la mayor parte de la humanidad. Esto constituye un golpe muy fuerte contra la diversidad, la tradición, la espiritualidad cultivada y sus valores asociados.

Florece una “ética light” con dos códigos primordiales: Hedonismo, por lo cual nos arrojamos en brazos del placer inmediato, lo que pide la pasión del momento, sin ser capaces de gobernar esas pasiones y la permisividad mediante la cual lo permitimos todo, lo damos todo por bueno y le restamos importancia a las demás cuestiones.

Asimismo, el momento social que atravesamos a escala global necesariamente se refleja en la familia y ha estado muy asociada a la excesiva valorización del mercado. Esto provoca que el individuo comience a ser portador de una ética del tener y no de una ética del ser. El ser humano importa más “por lo que tiene” que “por lo que es”.

La influencia de esta cultura mercantilista sobre la familia depende por supuesto de sus condiciones de existencia y de la actitud que ante ella misma adopte ante este influjo. Ello se refleja en el tipo de necesidades que en el seno familiar se consideren jerárquicamente superiores.

Nuevos desafíos, problemas y crisis que reclaman cohesión familiar sin sacrificar la personalidad individual enfrenta la familia actualmente. El seno familiar se va convirtiendo en un escenario de choques. Los adolescentes y jóvenes son sensibles a los cambios. Como resultado de su propia maduración biológica, tienden siempre a cierta rebeldía asociada a la búsqueda de una autonomía en el desarrollo de su personalidad. Por otro lado, los adultos tienden a la conservación de sus experiencias y valores y poseen una mayor resistencia al cambio.

Educar en valores, según la doctora Esther Báxter Pérez, investigadora del Instituto Central de Ciencias Pedagógicas (ICCP), del Ministerio de Educación, “es la acción planificada, intencionada, orientada y controlada que ejercen la familia, la escuela y la comunidad, mediante el ejemplo personal en las actuaciones de los adultos responsabilizados con el encargo social de la formación de las nuevas generaciones. Para educar en tal sentido, dice, se requiere la participación activa y consciente de los factores sociales que rodean al individuo: el barrio, los vecinos y las instituciones, quienes no pueden estar al margen de esa educación, pues acogen al individuo en la medida que avanza en su madurez y lo integra socialmente”.²

La estabilidad brinda seguridad, permite prever los acontecimientos, aliviar la incertidumbre, reducir el estrés y la tensión, construir la identidad familiar y el sentimiento de pertenencia a la misma en la medida en que tiende los lazos de continuidad con el pasado, proporcionando salud y satisfacción.

La carencia de un sistema de valores bien definido, sentido y aceptado, instala a las personas en la indefinición y en el vacío existencial, dejándolo a merced de criterios y pautas ajenos, impulsándolo hacia un desarrollo egoísta, impulsivo, escéptico, sin sentido. (21)

² Tomado de Granma, 25 de junio de 2009

1.2.- Factores de riesgo suicida en la adolescencia

El sentido de la vida, un proyecto de vida coherente, constituyen excelentes antídotos para la aparición de los riesgos. Entre los riesgos más preocupantes que puede correr el adolescente es sentirse deprimido.

La OMS ha manifestado su preocupación a todos los países del mundo, mencionando que la depresión es la principal causa de suicidio entre las personas de los 15 a los 19 años de edad.

El suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de 15 a 24 años de edad en toda América Latina y Estados Unidos, reportándose que por cada suicidio se reproducen de 10 a 15 intentos suicidas, y es mayor su relación para los adolescentes (7)

Según la Organización Mundial de la Salud (O. M. S), el intento suicida es todo daño autoinfligido con variado grado de intención letal y conocimiento de las posibles consecuencias; como elemento distintivo se señala el resultado no mortal del intento suicida consumado. También se le conoce como parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada, definiéndose también como aquel acto sin resultado de muerte en el que un individuo, de forma deliberada, se hace daño a sí mismo (16).

Genéricamente existe una amplia gama de factores de riesgo además de la edad y el sexo. Mundialmente se reconocen factores: biológicos, psiquiátricos, sociales, ambientales y relacionados con la historia personal.

Dentro de los **factores de riesgo psiquiátricos**, se reconocen: la depresión grave y otros del estado de ánimo; la esquizofrenia (principalmente en varones jóvenes); la ansiedad y los Trastornos de Conducta y los Trastornos de Personalidad; la impulsividad y la sensación de desesperanza (falta de expectativas). Es pertinente añadir que el riesgo en personas alcohólicas no es mucho menor que en las que presentan trastornos depresivos.

Gran parte de lo que se conoce acerca del riesgo de suicidio proviene de estudios donde los investigadores han entrevistado a un progenitor sobreviviente u otro pariente cercano o amigo para identificar los acontecimientos vitales y síntomas psiquiátricos específicos que había experimentado la víctima de suicidio en las semanas o los meses anteriores a la muerte. Este tipo de estudio se conoce como “autopsia psicológica”. Usando este método, la investigación ha relevado que muchos adultos que consuman el suicidio presentan signos o síntomas que indican un trastorno psiquiátrico meses u años antes de su muerte.

La depresión es el trastorno mental que más a menudo se asocia con el suicidio. La ansiedad, una potente fuerza impulsora en el proceso del suicidio, está estrechamente entrelazada con la depresión y los dos trastornos son a veces indistinguibles. Los estudios han revelados que hasta el 80% de las personas que se suicidaron tenían varios síntomas depresivos.

Las personas de todas las edades pueden sufrir depresión. Sin embargo, a menudo es difícil detectar la **depresión en los hombres**, que por lo común, en todo caso, buscan ayuda médica con menos frecuencia que las mujeres. La depresión en los hombres a veces es precedida por diversos tipos de maltrato y violencia, tanto dentro como fuera de la familia. El tratamiento de la depresión en los hombres es muy importante, ya que en muchas culturas el suicidio es en gran medida un fenómeno masculino.

En los niños y adolescentes, la índole de la depresión suele ser diferente de la encontrada en los adultos. Los jóvenes deprimidos tienden a presentar más muestras de “exteriorización”, como el ausentismo escolar, calificaciones cada vez peores en la escuela, mal comportamiento, violencia y abuso del alcohol y de las drogas, y también duermen y comen más. Al mismo tiempo la negativa de comer y el comportamiento anoréxico se encuentran con frecuencia en combinación con la depresión en los jóvenes, en particular entre las muchachas, pero también en los varones. Estos trastornos de los hábitos alimentarios se asocian con el mayor riesgo de suicidio.

En cuanto a los **marcadores biológicos y médicos**, se identifican con fuerza los antecedentes familiares. Los estudios sobre los gemelos han revelado que los gemelos monocigóticos, que comparten el 100% de los genes, tienen una concordancia significativamente mayor tanto para el suicidio como para el intento de suicidio que los gemelos dicigóticos (que comparten el 50% de los genes). Sin embargo, hasta ahora no ha habido ningún estudio sobre gemelos monocigóticos criados por separado – un requisito previo para un estudio metodológicamente sólido – y ninguno de los estudios sobre gemelos ha indagado cuidadosamente la posible influencia de los trastornos psiquiátricos. Podría ser que sea un trastorno psiquiátrico lo que se hereda, en lugar de una predisposición genética al comportamiento suicida, y que ese trastorno haga más probable el comportamiento suicida en los individuos emparentados.

En niños adoptados que se suicidaron, se constató que fue más frecuente la existencia de familiares biológicos que cometieron suicidio.

Otros datos indican que la existencia de una base biológica para el suicidio proviene de estudios de los procesos neurobiológicos, que originan muchos trastornos psiquiátricos, inclusive los que predisponen a los individuos al suicidio. Por ejemplo, algunos estudios han encontrado alteraciones de metabolitos de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo de pacientes psiquiátricos adultos que se suicidaron. La serotonina es una neurohormona muy importante que controla el estado de ánimo y la agresión.

Se ha comprobado que persisten por algún tiempo las concentraciones bajas de serotonina y la escasa respuesta a las pruebas que dificultan el metabolismo después de episodios de enfermedad. Un deterioro del funcionamiento de las neuronas que contienen serotonina en la corteza pre frontal del cerebro puede ser la causa subyacente de la menor capacidad de una persona para resistir los impulsos de dejarse llevar por pensamientos suicidas.

En cuanto a los **acontecimientos de la vida como factores desencadenantes**, se afirma que ciertos acontecimientos de la vida pueden servir como factores desencadenantes del suicidio. Los sucesos particulares que un número pequeño

de estudios han tratado de vincular con el riesgo del suicidio, y que incluyen la pérdida personal, el conflicto interpersonal, separación o muerte, pueden desencadenar sentimientos depresivos intensos, especialmente si ha sufrido la pérdida de la pareja o alguien excepcionalmente cercano. Los conflictos en las relaciones interpersonales en el hogar, o en lugares de estudio o de trabajo, también pueden desencadenar sentimientos de desesperanza y depresión. En un estudio de más de 16 000 adolescentes realizado en Finlandia, por ejemplo, los investigadores encontraron mayor prevalencia de la depresión y de la ideación suicida grave tanto en los que eran intimidados en la escuela, como entre los autores de la intimidación.

Datos de una investigación longitudinal en Noruega, que influyó a casi 10 000 adolescentes de 12 – 20 años de edad, de acuerdo a su análisis de regresión logística de los datos, demostraron que había mayor probabilidad del intento suicida si la persona, entre otras causas, no vivía con ambos padres.

Existen otras evidencias de asociación causal entre el suicidio y las víctimas de abuso sexual. Los antecedentes de maltrato físico o abuso sexual en la niñez pueden aumentar el riesgo de suicidio en la adolescencia y la edad adulta. Las víctimas de abuso sexual comúnmente sienten humillación y vergüenza.

La expresión en lengua inglesa life event, es traducida como eventos vitales y más conocida en la literatura científica como acontecimientos de la vida. En un trabajo (Díaz Novas y Morales Calatayud, 1990), en el que presentaron los resultados de una investigación que estudió la relación de estos acontecimientos con problemas de salud, se prefirió utilizar la expresión más completa de “ **acontecimientos significativos de la vida**”, a los que se caracterizó como “aquellos hechos, deseados o no, que ocurren en la vida un sujeto, que tienen una importancia tal que ejercen un impacto en términos de vivencias emocionales o que pueden introducir cambios en los hábitos y las costumbres, y que requieren de un esfuerzo adaptativo”. Como se puede apreciar, este concepto está siendo visto aquí dentro de una noción general de adaptación y muy vinculado a otro concepto: el estrés. Realmente en la literatura hay muchos trabajos que apoyan la idea de que la ocurrencia de estos acontecimientos actúa como precursora de estos estados de

enfermedad o de accidentes, por cuanto operan como situaciones de tensión que activan respuestas endocrinas, las que pueden implicar cambios tales como modificaciones en el metabolismo de los lípidos o cambios en el estado de ánimo, por ejemplo, depresión y ansiedad, así como afectar la atención activa, lo que puede dificultar la capacidad laboral y crear cierta propensión a los accidentes, o llevar a la persona a adoptar o intensificar ciertos comportamientos nocivos para la salud como fumar, ingerir bebidas alcohólicas, descuidar el tratamiento de una enfermedad crónica que ya padece, etc. De hecho, no hay duda de que, de manera general, ciertos acontecimientos (como la muerte de un familiar querido, el divorcio, cambiar el empleo o de domicilio, etc.) pueden ser encontrados en la historia reciente de personas que comienzan a padecer una enfermedad, agravan de un padecimiento crónico, tienen un accidente o se suicidan. Pero no se puede establecer una relación lineal y directa entre la ocurrencia de esos acontecimientos y la producción de la enfermedad, ya que pueden ocurrir otros procesos mediatizadores. Es importante, además, destacar la dificultad que implica el estudio de estos acontecimientos, ya que desde 1949 los investigadores se empeñan en la búsqueda de una escala de ajuste social. La posición generalizada de estos es que el impacto de los acontecimientos debe ser entendido dentro de un contexto social y psicológico, que las consecuencias a largo plazo de estos acontecimientos no tiene por qué ser necesariamente dañina, y que el hecho de que se desarrolle una enfermedad no depende tanto del acontecimiento mismo, sino del patrón de búsqueda de ayuda para sus problemas de salud que siga la persona. Este concepto, entendido como variable simple, tiene valor descriptivo y sólo relativamente en términos de poblaciones y de frecuencia de problemas de salud en las poblaciones. Es necesario que sea entendido no como un simple cambio, sino, como contingencias potencialmente productoras de **estrés** (por ejemplo, circunstancias en que las consecuencias son impredecibles y opcionales, o en las que las señales son ambiguas). Los programas preventivos tienen que tener la capacidad de identificar en el ambiente social aquellos acontecimientos que se presentan frecuentemente en la población con la que se trabaja, y a partir de ahí brindar ayuda a las personas sobre la base de un análisis individualizado. (21)

Las informaciones más recientes que ocupan un lugar en los medios de comunicación más importantes del orbe, dan cuenta de una ola de suicidios en Iraq y Afganistán, lo que causa preocupación en el Pentágono. La ola de suicidios entre los soldados estadounidenses (muchos de ellos adolescentes y jóvenes provenientes del Servicio Militar General) que participan en esta guerra, causa preocupación en el ejército estadounidense (Diario Usa Today). Según el rotativo el incremento de los suicidios entre los efectivos (128 en el 2008) ha dejado perplejos a los psicólogos del alto mando. Psicólogos y médicos militares opinan que combatir el estrés puede ser un factor contribuyente, pues muchos de los que se quitan la vida lo hacen después del retorno a sus hogares (estrés postraumático). Algunas de las causas son los problemas financieros, la relación de pareja y el abuso de sustancias tóxicas, indicaron autoridades médicas en un estudio de noviembre último. El índice de suicidios reportados por la fuerza militar durante el año pasado fue de 20,2 por 100 000, confirman estos datos. Mientras, la tasa reportada en el 2007 fue de 115 suicidios.³

Resulta conveniente, cuando existen los argumentos, comentar los avatares epistemológicos de determinado factor de riesgo, en este caso, el concepto de estrés, concepto que tuvo una importante significación para el desarrollo de la psicología en general y para el desarrollo de la psicología clínica en particular, ya que independientemente de sus orígenes organicistas asociado a los trabajos de Selye, Cannon, Mason y otros, abrió la oportunidad de plantearse la relación entre la respuesta somática y lo psíquico, de una forma diferente a como lo había hecho el psicoanálisis. La respuesta al estrés no estaba asociada a un contenido psíquico, sino a todo aquello que el organismo percibiera como amenazante. En la definición de Selye las causas de la respuesta defensiva del organismo definida como estrés, estaban fuera, en el medio.

El desarrollo conceptual del término fue evolucionando e incorporando estímulos psíquicos en el análisis de las causas del estrés, (Mason, Frankenhauser y otros). Sin embargo, el desarrollo de la popularidad del término extendió tanto su uso, que este perdió su valor heurístico, a pesar de lo cual continuó evolucionando en

³ Washington, 25 de marzo de 2009. Tomado del Periódico Granma. 26 de marzo. 2009

su sentido para la psicología, donde su utilidad era indiscutible para el desarrollo de una forma alternativa de comprensión de lo patológico.

Lazarus trasciende la comprensión del estrés en términos de estímulo y respuesta, y lo ubica en el espacio de las relaciones del hombre con su medio, enfatizando su carácter interactivo. En este sentido escribe: “El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y su entorno, que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (González Rey, F, 1997).

En la concepción cognitivista desarrollada por Lazarus, la evaluación de lo externo es un momento esencial de la definición de un estímulo como estresante; sin embargo, lo que Lazarus parece no tener en cuenta, es que el proceso de evaluación está constituido subjetivamente, por tanto, la percepción está condicionada por su sentido para el sujeto, y depende más de su constitución subjetiva, que del carácter del estímulo tomado en abstracto, como simple objeto de evaluación.

El énfasis en el aspecto procesal del estrés, planteado por Lazarus y otros autores representativos de esta dirección de pensamiento, independientemente de las limitaciones que hemos señalado, constituye un paso de avance en el desarrollo del tema de la salud, pues permite incorporar el momento actual del sujeto en la explicación de tan complejo fenómeno, y con ello avanzar en el desarrollo de una concepción pluridimensional de la salud que no limite su explicación de forma unilateral a ninguno de los ejes relevantes de su construcción teórica.

Uno de los aspectos esenciales que la introducción del término estrés permite ubicar en otra dimensión, es lo psicosomático, originalmente definido en los marcos del psicoanálisis a partir de la representación simbólica, que limitó las alternativas explicativas del problema y redujo considerablemente la significación del término. Precisamente en relación con lo psicosomático la psicología puede realizar su mayor aporte dentro del tema de la salud.

En este estudio se asume la posición del psicólogo cubano, Fernando González Rey, el cual desde su modelo teórico de salud, plantea que toda enfermedad, así como el proceso de salud, es de naturaleza psicosomática, por tanto, la utilización del término para diferenciar una enfermedad de otra no procede. Precisamente el reconocimiento del papel de lo psíquico en el proceso de salud, así como en el proceso de desencadenamiento de la enfermedad en sentido general, es lo que legitima la consideración de la psicología entre las llamadas ciencias de la salud (González Rey, F. 1997).

Estas consideraciones nos compulsan a acercarnos con investigaciones de diseño mixto: cuantitativos – cualitativos, en aras de superar la atomización de los resultados científicos dados a un problema y de asumir con responsabilidad el paradigma bio – psico – social, el cual ya fue asumido en el discurso, pero no en su concepción metodológica, ya que, la comodidad que aporta lo conocido, lo incorporado en un algoritmo de pensamiento como conocimiento declarativo y procedimental, facilita la solución de dicho algoritmo, pero no del problema en toda su dimensión.

También relacionado con **la orientación sexual homosexual** en ambos sexos. Los factores que pueden contribuir al suicidio en estos casos incluyen la discriminación, el estrés de las relaciones interpersonales, las drogas, el alcohol, la ansiedad acerca de la infección por VIH y el SIDA y limitadas fuentes de apoyo.

Quienes sufrieron abuso sexual en la niñez y en la adolescencia a menudo sienten desconfianza en las relaciones interpersonales y tienen dificultad para mantenerlas. Experimentan dificultades sexuales persistentes y sentimientos intensos de inadecuación e inferioridad. En los Países Bajos, algunos investigadores examinaron la relación entre el abuso sexual y el comportamiento suicida en 1490 estudiantes adolescentes y encontraron que los que habían sufrido abuso sexual mostraban un comportamiento suicida significativamente mayor, así como otros problemas emocionales y de conducta, en comparación con sus compañeros que no los habían sufrido. En un estudio longitudinal de 17 años en los Estados Unidos que abarca a 375 sujetos, se encontró que 11% de ellos había informado que sufrieron maltrato físico o abuso sexual antes de la edad de

18 años. Los sujetos entre las edades de 15 y 21 años que habían sufrido abuso presentaron comportamiento suicida, depresión, ansiedad, trastornos psiquiátricos y otros problemas emocionales y de conducta con más frecuencia que los que no lo habían sufrido.

Las investigaciones han identificado varios factores sociales y ambientales importantes relacionados con el comportamiento suicida, que incluyen factores tan diversos como la disponibilidad de un medio para cometer el suicidio, el lugar de residencia de la persona, la situación laboral o migratoria, su credo religioso y la situación económica.

En este sentido es válido reconocer que Durkheim definió el suicidio egoísta y anómico, debido a la incapacidad de algunas personas para conectarse socialmente, fundamentalmente en el caso de viudas, viudos, ancianos y la ausencia de percepción de un marco social de apoyo.

Es evidente que muchos eventos vitales pueden desencadenar un comportamiento suicida y puntualmente pensamientos suicidas, de hecho, estos son más frecuentes que el suicidio consumado, sin embargo su importancia al respecto está todavía poco clara. Un examen de los estudios publicados después de 1985 sobre grupos de adolescentes (en particular, estudiantes de escuelas secundarias) indicó que entre el 3,5 % y el 52,1 % de los adolescentes informan tener pensamientos suicidas. Hay indicios de que las mujeres, incluidas las edad avanzada, son más propensas a tener pensamientos suicidas que los hombres. En términos generales se ha calculado la prevalencia de la ideación suicida entre los adultos mayores de ambos sexos varía entre 2,3% (para los que han tenido pensamientos suicidas en las últimas semanas) y 17% (para los que alguna vez han tenido pensamientos suicidas. Es posible que estas diferencias grandes de porcentaje puedan explicarse por el empleo de distintas definiciones de ideación suicida y por los diferentes períodos a los cuales se refirieron los estudios. (16)

Sin embargo, en comparación con otras formas de comportamiento suicida, la ideación, tal vez no sea un indicador útil de cuáles adolescentes o adultos necesitan de los servicios preventivos.

Las ideas suicidas pasajeras y fijas son muy frecuentes en la adolescencia, en el caso de las segundas pueden aparecer en aquellos en los que ocurre un desequilibrio de los elementos que no tuvieron continuidad en la etapa anterior, lo que se determina por la historia personal: situaciones generadoras de conflictos familiares, alteraciones en su dinámica y en sus relaciones, problemas sociales de envergadura y familiares con comportamiento suicida.

Según Sergio Pérez Barredo (1996), investigador y experto suicidólogo cubano, de manera general podemos dividir la biografía de los futuros adolescentes con conducta suicida en tres etapas:

1. **Infancia problemática**, caracterizada por un elevado número de eventos vitales negativos, tales como abandono paterno, hogar roto, muerte de seres queridos por conducta suicida, alcoholismo paterno, depresión materna, dificultades socioeconómicas, abuso sexual, maltrato físico o psicológico, etc.
2. **Recrudescimiento de problemas previos**, con la incorporación de los propios de la edad como son las preocupaciones sexuales, los cambios somáticos, los nuevos retos en las relaciones sociales, la independencia, la vocación, etc.
3. **Etapas previa al intento suicida**, que se caracteriza por la ruptura de una relación valiosa o un cambio inesperado de la rutina cotidiana, a la cual le es imposible adaptarse de una manera creativa, apareciendo mecanismos autodestructivos. (32)

Un estudio de hospitalización por intento de suicidio en una población pediátrica chilena, encontró en los aspectos psicosociales, que la edad de los ingresos fluctuó entre los **7 y los 15 años de edad**, en su mayoría del **sexo femenino** y con algún tipo de **violencia intrafamiliar**. La mayor parte de ellos ocurrió en el hogar y con una sobredosis de medicamentos. A todos los hallazgos se le asignó un valor comparativo en la tentativa de buscar un perfil del suicida y unas adecuadas estrategias de intervención (38)

Una **infancia traumática** relacionada con violencia intrafamiliar, abuso físico o sexual, la exposición a eventos estresantes como dificultades interpersonales, financiera y problemas con la ley, insuficiente comunicación, ausente o

insuficiente red de apoyo social, pueden convertirse, en factores de riesgo, fundamentalmente en esta etapa que adolece de la **conciencia de sí mismo** y constantemente la busca en la comunicación e identificación con su red de apoyo. Un adolescente con estas condiciones, es proclive a tornar o percibir cualquier tropiezo como conflicto.

En circunstancias como estas, constantemente “el pensamiento se somete al despótico dominio de un sentimiento ciego, a veces se deja inducir a ponerse de acuerdo con el sentimiento subjetivo, en lugar de con la objetiva realidad. Este pensamiento que, en lo esencial sigue “el principio de la satisfacción” en contra del “principio de la realidad”, ya se aproxima a lo patológico. Pero también dentro de los límites del pensamiento normal sucede a menudo que el pensamiento se somete a la “lógica del sentimiento” y el proceso mental, que pierde entonces su significado cognoscitivo, se limita a recurrir a lógicas operaciones formales para la justificación mental de las tesis, que se hallan fuera de lo ideológico y que sólo vienen dictadas por el sentimiento y formuladas sólo a su favor. En lugar de sopesar todos los “pros” y los “contra” de cualquier hipótesis, el pensamiento emocional establece argumentos con prejuicios más o menos apasionados, que hablan a favor de la deseada solución. La solución de un problema se efectúa entonces en el plano del sentimiento y no en el del pensamiento. El pensamiento no sirve en este caso para llegar a la solución del problema, sino sólo para justificar la solución, a favor de la cual hablan los “argumentos del corazón”, a saber, los sentimientos, los intereses, los prejuicios y no los argumentos de la razón (Rubinstein, 1982).

Los factores de riesgo están y estarán pero no todos los expuestos mueren por esta causa sino aquellos a los que según Sergio Pérez Barrero “...les ha fallado su capacidad reactiva adaptativa, les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación ante los avatares de la vida y como sucede en cualquier caso de crisis se encuentran desesperados, confusos, y con una mezcla ambivalente de sentimientos”. A todo esto pueden presentar mayor susceptibilidad los sujetos con autoimagen negativa, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, actitud indiferente respecto a la vida.

No es recomendable que ante un Trastorno de Estrés Postraumático, la privación se presente en forma de incomunicación, de culpabilidad de lo que pudo ser y no

fue, de lo que pudo hacer la adolescente o el adolescente para no ser violados, porque, “esta actitud de la madre puede incrementar el malestar del mismo generando sentimientos de culpa. No recibir apoyo familiar, tan necesario en estos casos, acrecentará sus sentimientos de soledad y puede entorpecer el restablecimiento de su salud mental (34).

La excelencia en la asistencia, llegando hasta la dispensarización, puede superar la nociva costumbre profesional de diagnosticar la neurosis en los niños, sin considerar que hay diferentes niveles de funcionamiento neurótico, ya que en un niño aparentemente normal, ante una situación o evento, puede comenzar a tener síntomas y lo que hace un año fue un Trastorno Situacional Transitorio, ya adquiere matices de una Inadaptación Neurótica, lo que establece diferencias significativas en la intervención, ya que, los síntomas aparecen en el nivel intrapsíquico del área de conflicto. En Cuba, existen especialistas, que no usan el término inadaptación neurótica y prefieren asumir que fue una neurosis que se diagnosticó precozmente y por tanto se están previniendo, responsablemente, las consecuencias suicidas de una infancia traumática.⁴

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 debida atención y ayudar al joven a elaborar estrategias y métodos que le permitan enfrentar y superar la crisis.

La mayoría de los casos tienen como denominador común la soledad frente a la situación que afronta, donde se pone de manifiesto, la ruptura del último hilo de comunicación del adolescente con sus seres queridos en primer lugar y demás adultos que se relacionan con él. (8).

Esta etapa del desarrollo de la personalidad contiene todas las condiciones para la eclosión de la enfermedad mental, sobre todo, los trastornos del humor y de la esquizofrenia. De aquí que la presencia de síntomas depresivos, sentimientos de desesperanza, agresividad, sentimientos de soledad y cualquier motivo, por poco

⁴ Curso de Psicopatología del Adolescente. Clínica del Adolescente. Villa Clara. 1993.

significativo que parezca, debe presuponer la posibilidad real de un acto suicida y se debe actuar con eficacia para evitarlo, distinguiendo estresores crónicos y agudos con enfoque sistémico, en particular en un medio familiar que no constituya un adecuado soporte. (33).

El médico general tiene, quizá, el más significativo papel en la prevención del suicidio, precisamente por ser él quien presta asistencia en el primer nivel y por ello debe aumentar sus conocimientos y habilidades para el diagnóstico y orientación adecuados de los pacientes con riesgo suicida y deberá estar alerta para evitar iatrogenias que a veces pueden conducir a la autoquiritia (14)

A los “obreros” (científicos de las ciencias médicas, sociales y afines) del intrincado laberinto psicológico de la comunicación humana y en particular entre el adolescente y su familia, le urge atisbar, en ellos, los posibles móviles, de la mistificación o enmascaramiento de la verdadera situación o evento que desencadena y precipita el comportamiento suicida, ya que, en la brevedad y/o superficialidad de un entrevista personal al adolescente o algún padre, puede perderse la “única” oportunidad de identificar la intencionalidad suicida y evitar el primer o el segundo intento, ya que la mistificación es la expresión de que el sujeto psicológico está sustituyendo interpretaciones falsas por las verdaderas, aún cuando está buscando, desesperadamente, la salida, la solución del problema, la salida del conflicto y este enmascaramiento es pasivo, es más angustioso para el que lo vivencia y más difícil de identificar para el profesional, porque es un sentimiento de estar confundido o enredado. La mistificación no evita el conflicto, sino que impide que se vea la causa, el motivo. Es un motivo no auténtico, una falsa paz. Es un comportamiento muy profesional librar a las personas de falsas culpas, porque la mistificación puede estar relacionada con las exigencias del medio que siente uno de ellos por cumplir sus obligaciones de hijo o de padres. Estos últimos no conciben que su hijo se sienta infeliz, “porque le dan todo lo que quiere o necesita” y piensan que son “excelentes padres, preocupados, sacrificados”. “Tienes que sentirte feliz, porque de lo contrario, eres un malagradecido”. Quienes más se comprometen con la prevención, en el caso de diagnosticar trastornos nerviosos en el adolescente y su vulnerabilidad suicida, se empeñan en enfrentar el fantasma de la psicoterapia familiar en la casa, en el hogar. Es el hogar, el lugar ideal para que el terapeuta pueda, en el contexto del

medio natural donde se desenvuelve la familia, diagnosticar las disociaciones de la conciencia generada por pensamientos y sentimientos autodestructivos hacia la otra persona sin causa real, su incapacidad para acercarse al otro (distanciamiento fijo), la comunicación amorfa de la familia, la impermeabilidad de esta por sus patrones rígidos y bien claros, que impiden a “un extraño” inmiscuirse en su dinámica, aún cuando les impresione que algo anda mal.⁵

Por los menos, nuestro primer paso común está dado, reconocemos que existen - desde luego - factores que fomentan el suicidio en los adolescentes, pero que en sí mismos no son decisivos para que se decida hacer un intento suicida. Muchos de ellos pueden contribuir a la confusión y a la depresión del joven, pero se requiere la conjunción de una diversidad de factores para que llegue a la autodestrucción. Dichos factores se encuentran – de acuerdo con el Enfoque Histórico – Cultural de Vigotsky – en la SSD y en la vivencia.

Asumir este postulado categorial de la Psicología, evita interpretaciones positivistas, lineales y eclécticas de los factores de riesgo listados, ya que métodos educativos inadecuados hacia los adolescentes y jóvenes, el deterioro de las relaciones intrafamiliares, desajustes en el funcionamiento familiar, así como crisis familiares por eventos paranormativos, pueden constituirse en condiciones para que aparezcan – en el seno familiar – individuos en crisis, sin trastornos nerviosos, ni psiquiátricos previos, como respuesta al agobio o sufrimiento que implica no ver claridad en la solución del problema, que opten por una de las etapas o momentos del proceso suicida o eclosione en los mismos un trastorno o enfermedad mental.(32).

En realidad los muchachos(as) se disgustan mucho cuando se sienten acorralados. Pero si se dejan solos sin apoyo ninguno, sufren. Por eso la clave está en darles libertad junto a ciertos controles, en independencia pero con afecto. El amor es muy importante. Pobre de la humanidad si deja de existir el amor. (12). El adolescente cubano como se afirmó anteriormente, necesita y quiere – preferentemente – la comunicación con su familia, inclusive para sentirse mejor con su grupo de coetáneos y con su pareja.

⁵ Curso de Psicoterapia del Suicidio. Dr. Cristóbal Martínez Gómez. Hospital Infantil Sur docente – asistencial “Tania la Guerrillera “. Santiago de Cuba, 1989.

La familia es el grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad. Es el primer grupo humano, poderoso agente formador de la personalidad y pese a los grandes cambios y transformaciones del mundo contemporáneo, la familia sigue siendo el hábitat natural del hombre.⁶

Las últimas investigaciones de la familia cubana, nos muestran una nueva caracterización de esta

A pesar de no haberse logrado una total ruptura con el modelo patriarcal, sí se han incrementado las familias con jefatura femenina, lo que no impide, en muchos casos, seguir pautas de una educación sexista, en la crianza de los hijos.

En este contexto, se torna cada vez más difícil “la comunicación intrafamiliar”, ya que a pesar de las orientaciones que por diversas vías se reciben, subsisten las dificultades entre padres e hijos, fundamentalmente si estos atraviesan la tan llevada y traída adolescencia. El establecimiento de límites y normas de conducta adecuados, se vuelven cada vez más engorrosos, teniendo en cuenta que los menores de la casa, exigen el derecho de ser escuchados. (11)

Aunque la familia cubana no es paternalista como tendencia, reproduce conductas de este tipo. La sobreprotección esconde una limitación en la toma de decisiones; significa coartar oportunidades, derechos y responsabilidades. Este es el criterio de la psicóloga social, Marlen Díaz Tenorio, del Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas (CIPS), cuando describe la actitud del que la ejerce: “... Te estoy limitando que seas autónomo, independiente, que tomes decisiones y aprendas a solucionar conflictos.” (11)

Por su parte, la Dra. Elsa Gutiérrez, fundadora de la primera Clínica del Adolescente cubana, como otros expertos consultados, aclara que debe diferenciarse entre el paternalismo y las preocupaciones familiares. Al mismo tiempo alerta contra la irresponsabilidad paterna, el otro extremo de los cuidados excesivos. De todas formas, el paternalismo es reconocido como una debilidad en el proceso de socialización de la juventud, incluyendo la más temprana, de 14 a 18 años. Lo constató la investigación “La Juventud y las generaciones. Una reflexión actual sobre la sociedad cubana actual”, tesis doctoral de María Isabel Domínguez, directora del CIPS y especializada en la temática juvenil por más de 25 años. (11)

⁶ Material de Apoyo a la docencia. La familia cubana actual: retos y desafíos. Patricia Arés M.

Desafortunadamente, hay familias que no están aptas para asumir la desatención ni por defecto ni por exceso, definitivamente no están aptas, de ahí que constituye una urgencia científica que posteriores momentos investigativos se le dediquen a otros objetos de estudio como : adolescentes cuyas las familias evidentemente no están en las mejores condiciones de superar esas crisis normativas, y que mucho menos lo estarán para afrontar y superar las crisis paranormativas, digamos aquellas compuestas por miembros disociales, enfermos psiquiátricos todos, adolescentes que han quedado solos por muerte de todos sus miembros (sobre todos familias llamadas “cortas”, adolescentes cuyos dos padres sean reclusos carcelarios (ambos inclusive) o emigrantes y hayan dejado la guarda y cuidado a abuelos, tíos y demás parientes sin condiciones para asumir la patria potestad . Adolescentes cuya madre o padre, alarga su estancia en el extranjero por darle continuidad excesiva a su misión internacionalista por motivos económicos, etc., o inesperadamente para ellos deserta. Adolescentes que descubren que sus padres son bisexuales y que inclusive deciden casarse con su pareja homosexual y los obligan a convivir con la nueva pareja. Adolescentes cuyas familias depositan en ellos “la responsabilidad de mejorar económicamente a como dé lugar”. Adolescentes que fueron violados por sus padrastros, pero su familia entiende que sólo fue una equivocación, pero es bueno “porque los mantiene, les procura bienestar, sobre todo económico”.

Resulta reflexionar, si nuestras acciones de promoción y prevención llegan a todos estos “rincones de la familia cubana actual”.

Y aunque sabemos que la reconocida doctora en ciencias psicológicas Patricia Arés Muzio, ya ha entrado científicamente en “algunos de esos rincones”, nuestros discursos en los medios masivos de comunicación, no siempre van dirigidos a familias, vecinos, amigos y familiares de esas familias que no tienen “oídos para oír”.

La escuela como parte del entramado social plantea pautas y controles que pudieran estar cortando las alas a un pensamiento propio y, por tanto, crítico, maduro y nuestra sociedad necesita jóvenes seguros de sí mismos, creativos, responsables, protagónicos y por otro lado, cuando la familia se siente impotente porque no es consciente de que se resiste al cambio, se parapeta en el silencio

agresivo, en la incomunicación, en la exclusión: todo o nada, no tienes opción, “yo soy la ley”.). (39)

Según la doctora cubana, Esther Báxter Pérez, maestra, directora, asesora y metodóloga, la escuela cubana debe aprovechar cada momento que interactúa con los educandos para demostrarles cuándo, cómo y qué hacer para enfrentar los retos que nos impone la vida. Lo primero es dar “explicaciones convincentes”, con “ejemplos creíbles” de lo que acontece, con argumentos y lenguaje claro, accesible a todas las edades. Y agrega, ante las crecientes amenazas planetarias de guerras, cambios climáticos, crisis económica, son tiempos de marcha unida de nuestra sociedad en pos de la formación de valores, porque el futuro está en manos de las nuevas generaciones.⁷

Resulta acertada la posición de la epidemióloga e investigadora cubana, Dra. Alba Cortés, en que la rigidez en los estilos educativos y comunicativos en el seno de la familia, pueden dejar al adolescente “en un túnel sin salida“. Un ambiente familiar rígido puede orillar al adolescente a cometer suicidio. Si las alternativas ante unas malas calificaciones o un fracaso son peleas, más presiones o la coartación de la libertad se orilla al joven a opciones poco saludables. Podrían ser las drogas, las actividades antisociales, la vinculación a pandillas o también el suicidio.

En sus cinco años como investigadora, Cortés ha identificado en los adolescentes suicidas cubanos, la existencia de determinados factores desencadenantes, como son: la crisis de identidad, los sentimientos de rechazo, el temor de diferenciarse del grupo de pares y la vulnerabilidad a los ambientes caóticos, agresivos, negligentes. Factores precipitantes, como conflictos y discusiones con los miembros de la familia y con su pareja y factores detonantes como: el estrés, la pérdida de un ser querido, el divorcio de los padres, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, la mudanza a un lugar lejano, las confusiones de la edad, las presiones para triunfar, etc.

Una investigación de factores de riesgo del intento de suicidio en pacientes atendidos en el servicio de urgencias de cinco hospitales generales del contexto

⁷ Tomado de Granma, 25 de junio de 2009.

latinoamericano (nicaragüenses, en este caso), reveló la presencia de actos impulsivos, necesidades básicas insatisfechas, amigos con intento de suicidio, familiares con antecedentes de intento y antecedentes de enfermedad física y mental asociados al sexo femenino y a las edades de 15 a 34 años, solteros, desempleados, estudiantes con nivel de escolaridad de primaria o secundaria básica, conflictos familiares y conyugales, pérdida del padre o la madre antes de los 13 años, exposición a una tragedia en la que alguien murió de forma violenta, entre otros. (12)

En una revisión de literatura científica relacionada con el intento de suicidio en niños y adolescentes, se observó un consenso en cuanto a reconocer el género y la edad como factores de riesgo relevantes y algún tipo de psicopatología presente en todos los portadores de este tipo de comportamiento. También se constató la concordancia con la presencia de la depresión como factor de riesgo y de la ansiedad como amplificador de esta. Además ausencia de calidez familiar, falta de comunicación y discordia familiar (22).

En Ciego de Ávila, Cuba, en un estudio de las tentativas de suicidio por quemaduras realizado del 1ro de enero al 31 de diciembre del año 2000, se comprobó que estas, estuvieron mayoritariamente presentes en las edades comprendidas entre los 15 y los 34 años, en el sexo femenino, amas de casa, casadas o acompañadas y con un nivel de escolaridad de enseñanza media. Predominando los casos críticos extremos por quemaduras con alcohol, lo cual no habla directamente de la intencionalidad, pero sí de la letalidad, íntimamente relacionada con la disponibilidad de esta sustancia.

En la ciudad de Holguín, en un estudio de intento suicida y de suicidios consumados, en 1998, en cuanto al intento, el intervalo de edades también comenzó a los 15 años, hasta los 24 y coincidió con los anteriormente mencionados, en el sexo femenino. Los suicidios se consumaron en el sexo masculino, lo que también corrobora los resultados de otros estudios, en diversas latitudes del mundo.

Estos resultados reafirman la necesidad de mejorar nuestras estrategias investigativas e interventivas en un período cercano a los 15 años de edad y en particular en el sexo femenino en cuanto a la tentativa y al sexo masculino en cuanto a los suicidios y muy particularmente los portadores de algún tipo de psicopatología y de conflictos familiares.

Lo más valioso de estos último referentes del enfoque de riesgo, asumido como concepción teórico - metodológica, tienen el denominador común de su carácter salutogénico, desde el riesgo pre concepcional, debido a la repercusión, en el futuro niño y adolescente de los riesgos biológicos y psicológicos, expresados desde el estado emocional de la madre, hasta posibles síntomas y trastornos que esta puede padecer, como la depresión, la ansiedad generada por el estrés. La prevención de los trastornos neuróticos, deben comenzar desde el cuidado del neurodesarrollo: hábitos de sueño, temores nocturnos, fobias, que potencian trastornos de inadaptación a los cambios del ambiente, pueden prevenirse, ya que aunque dependen en gran medida del desarrollo de la autoconciencia (sobre la base del desarrollo de la corteza prefrontal y de los actos volitivos) y en los más pequeños la conducta no sea un acto propositivo, intencional, se estimula, porque recibe satisfacción inmediata y se cumple la relación entre la expectativa y el valor de la respuesta o resultado.⁸

La capacitación de los futuros padres, va a inculcar la cultura del autocuidado en el hogar, en la familia y de los niños y adolescentes, asumiendo comportamientos saludables desde su cuerpo hasta su autoestima, lo que mejora la percepción y la representación mental del riesgo de enfermarse física o mentalmente por maltrato intrafamiliar, soledad, etc., aún a nivel del reflejo psíquico subconsciente, como primer nivel de su expresión.

En resumen, la prevención del comportamiento suicida, está centrada, en tres niveles: la identificación temprana de trastornos mentales y su tratamiento apropiado, en la capacitación del personal que labora en la Atención Primaria de Salud y en la nueva generación de medicamentos (farmacoterapia). Se añade la capacitación del personal escolar, por supuesto, no para reemplazar a los

⁸ Curso de Enfoque de Riesgo en los períodos vitales en Psicología de la Salud. Psicosalud. V Conferencia Internacional de Psicología de la Salud. Octubre 2008

profesionales de la salud mental, sino para prevenir con sus acciones pedagógicas.

Resulta complejo, en este momento histórico, hablar en nuestro país de la diada educador – educando, debido a la particular de que en muchos casos está representadas por adolescentes en ambos casos, es decir, el profesor general integral (PGI), que es un adolescente y el educando que también es un adolescente. Este profesor presenta dificultades para actuar como un profesor porque no lo es y se duplican las dificultades porque “debe despojarse de comportamientos adolescentes” para cumplir con rol asignado. Este es un reto para nuestra sociedad en el papel que debe desempeñar la escuela en la formación de valores, ya que capacitar a un profesor adulto para prevenir el comportamiento suicida, no es similar a capacitar a un adolescente para que contribuya a prevenir el suicidio en otro adolescente, ya que se complica demasiado su situación social del desarrollo (SSD). Está inmerso en un nuevo sistema de actividad y en un nuevo sistema de comunicación y necesita del ejemplo y de educadores de experiencia para propiciar su desarrollo, para evitar que el adolescente – profesor, no perciba como conflictiva o amenazante, la nueva situación social del desarrollo en la que se encuentra inmerso.

1.3.- Algunas consideraciones teóricas acerca del comportamiento suicida

El tema de la conducta suicida ha sido conocido en todas las sociedades. En la hebrea era sumamente raro; sin embargo, los griegos recogen en su mitología la práctica frecuente de este tipo de muerte.

Reconocido desde la antigüedad, en la Biblia y otras obras literarias de entonces. En la primera se consigna al suicidio como sinónimo de muerte.

Desde la era Cristiana, fue considerado un pecado, siendo perseguido y condenado por la Iglesia todo individuo de conducta suicida, así aparecen alusiones en la biblia y en otras obras literarias de entonces.

En el libro de **Éxodo** (proviene del griego salida), en 20:13: Los Diez Mandamientos: No matarás. La prohibición de matar existe en casi todas las sociedades; si una sociedad va a existir debe proteger la vida humana. En el

Antiguo Testamento, sin embargo, el homicidio se satisface con la muerte del asesino, porque el ser humano fue creado a imagen de Dios.

En **Jueces, 16:28: Sansón y Dalila**: Sansón presionado, angustiado, abochornado, invocó al Señor y dijo: “Señor Dios, te ruego que te acuerdes de mí, y te suplico que me des fuerzas **sólo esta vez**, oh Dios, para vengarme ahora de los filisteos por mis dos ojos. ¡Muera yo con los filisteos!.....”. Así que los que mató al morir fueron más que los que había matado durante su vida.

No obstante, todo parece indicar, que el sufrimiento que escapa del control del pensamiento, transgrede estos preceptos cristianos, así lo refleja la escritora Carmen Muzio, cuando reflexiona literariamente acerca de la causa del suicidio de la poetisa suicida bayamesa María Luisa Milanés (Liana de Luz), “el suicidio fue para ella un acto de independencia, aunque la tradición judeocristiana lo condena. Detrás de una determinación tan drástica puede haber muchas razones, pero solo una es suficiente, aunque no justifica: Hay mucho sufrimiento (27)

De hecho son innumerables las referencias acerca de la concepción del suicidio como pecado, que inclusive han dificultado una terminología única para abordarlo epistemológicamente, ya que el término “suicidio” en sí, evoca una referencia directa a la violencia y a la agresividad. Aparentemente, sir Thomas Browne fue quien acuñó la palabra “suicidio” en su obra “Religio Medici” (1642). Médico y filósofo, Browne creó la palabra basándose en los términos del latín *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar). El término nuevo reflejaba el deseo de distinguir entre el homicidio de uno mismo y el hecho de matar a otra persona.

Una definición muy conocida de suicidio es la que aparece en la edición de 1973 de la Encyclopaedia Britannica, citada por Shneidman: “el acto humano de causar la cesación de la vida”. Sin duda, en cualquier definición de suicidio la intención de morir es un elemento clave. No obstante, a menudo es sumamente difícil reconstruir los pensamientos de personas que se suicidan, a menos que hayan expuesto sus intenciones con claridad antes de la muerte o hayan dejado una nota de suicidio. No todos los que sobreviven a un acto suicida se habían propuesto vivir, ni todas las muertes por suicidio han sido planificadas. Por lo tanto, puede ser establecer una correlación entre la intención y el resultado. En muchos sistemas jurídicos, se certifica una muerte cuando las circunstancias son compatibles con el suicidio y pueden descartarse el asesinato, la muerte incidental

y las causas naturales. En este sentido se hacen muchos esfuerzos en los “reparos” y en la autopsia psicológica.

Ha habido muchas discrepancias acerca de la terminología más apropiada para describir el comportamiento suicida. Recientemente (2003, 1er Informe Mundial), se ha propuesto el término “comportamiento suicida mortal”, basado en el resultado, para los actos suicidas que ocasionan la muerte y, de igual manera, “comportamiento suicida no mortal” para las acciones suicidas que no provocan la muerte. Tales actos también se llaman “intentos de suicidio” (un término muy común en los Estados Unidos), “parasuicidio” y “daño autoinflingido deliberado” (términos que son comunes en Europa).

El término “ideación suicida” se usa a menudo en la bibliografía técnica y se refiere a pensamientos acerca de suicidarse, con diversos grados de intensidad y elaboración. En la bibliografía el término se refiere también al sentimiento de estar cansado de la vida, la creencia de que no vale la pena vivir y el deseo de no despertar del sueño. Si bien estos sentimientos o ideaciones diferentes expresan distintos grados de gravedad, no existe necesariamente una continuidad entre ellos. Además la intención de morir no es criterio necesario para el comportamiento suicida no mortal.

Se hace necesario distinguir entre la construcción y búsqueda del sentido de la vida, de un proyecto vital sustentado en valores, ideales, donde deben emplearse diversas potencialidades, como por ejemplo la concepción del mundo, la identidad personal, la autovaloración, una pérdida del sentido de la vida que puede ser temporal, transitoria y una ideación suicida. Las tres circunstancias requieren tratamientos teóricos y metodológicos diferentes.

Desde el punto de vista teórico el sentido de la vida constituye una de las categorías pilares que estudian la conducta y otras afines y es una problemática filosófica antigua cuya actualidad radica en que el motivo de reflexión acompaña al hombre hasta la actualidad siempre que emprenda la búsqueda de juicios de valor.

Desde el punto de vista práctico se expresa en la práctica formativa y reformativa de valores, de obligado manejo para el profesor, el psicoterapeuta y el reeducador en un centro penitenciario.

Entre los diversos enfoques psicológicos que tienen su relevancia científica, encontramos:

- El Psicoanalítico. Según Freud, fundador de la escuela psicoanalítica, los valores o se introyectan en última instancia por los instintos como un mecanismo de defensa del Yo como principio de la realidad y son controlados por el Superyo en su función reguladora de los instintos.
- El Conductismo y el Neoconductismo, para los que el más importante es que los valores se expresan en la conducta aprendida por imitación, castigos, recompensas. Obviando los procesos psicológicos internos que mediatizan la subjetivización de los valores que le dan sentido a la vida en la conciencia individual.
- El Enfoque Cognitivo de Jean Piaget que defiende desde su paradigma epistemológico - genético, la existencia de niveles de regulación moral en tres etapas o fases: Pre-moral, heterónoma o regulación moral impuesta y autónoma o por convicción moral.
- El Enfoque Humanista, llamada la tercera fuerza de la psicología, representada por Maslow, quien hace énfasis en la autorrealización personal, proceso en el que se devela su verdadero Yo.
- El Enfoque Histórico – Cultural de Vigotsky, basado en las funciones psíquicas superiores, en particular en la conciencia, que asume que cualquier función psíquica superior se manifiesta dos veces: como función colectiva de la conducta y como capacidad interior de la actividad del proceso psíquico interior, lo que expresa en toda su dimensión, la relación entre lo externo y lo interno y explica la subjetivización de los valores que le dan orientación y sentido a la personalidad en el contexto del sistema afectivo – motivacional. Existen otros histórico – culturalistas como Bozhovich (1976) y Fernando González (1989), que en su esencia lo prestigian, en el caso de primera la autonomía moral como un proceso complejo que aparece desde etapas tempranas del desarrollo y en cuanto al segundo, la búsqueda por parte del sujeto de formas de relación y acción compatibles con la organización y desarrollo de su subjetividad.

individual y con su inserción en los diferentes sistemas de relaciones en que se constituye.

Como salta la vista el problema es harto complejo y requiere de mucha astucia para no etiquetar con premura a la persona que expresa sus sentimientos de pérdida, de desesperanza, de fe, en alguien, en un proyecto, en una misión, cuando le falta o pierden coherencia y credibilidad o sencillamente se les agotó su filosofía y su sistema de valores.

Es propio de la psicología, profundizar en los límites ante la crisis existencial provocada por el agotamiento de un sistema social, de una formación económica determinada, que desborda los límites de solvencia físicos y por ende psíquicos de un individuo en cuestión y que pueden estar cumpliendo la ley dialéctica de la negación de lo viejo para dar paso a lo nuevo y que evidentemente desorienta, angustia, entristece y hasta enfurece al hombre que se siente preso en su necesidad, pero resistente al cambio. Desbordados por unos momentos, sus recursos psicológicos, la persona, reconociendo sus limitaciones, decide asumir el reto de cambiar, de saltar a un estadio superior de su existencia material y espiritual., asumiendo responsablemente su precio.

Otra forma frecuente de violencia dirigida contra uno mismo es la automutilación, que consiste en la destrucción o alteración directa y deliberada de partes del cuerpo sin una intención suicida consciente. Existen categorías al respecto que no resulta pertinente detallar en este trabajo.

En este sentido muchos son los esfuerzos realizados por la ciencia, los cuales tienen sus mejores exponentes en algunos sistemas teóricos tales como los que se comentan a continuación.

En el Siglo XIX la Suicidiología recibió valiosos aportes de las teorías sociológicas de E. Durkheim y continuadores. Durkheim comienza su estudio en 1835 con una definición de suicidio como: " Todo caso de muerte que resulta directa e indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, y que según ella sabía, debía predecir este resultado. Propone como ejemplo de acto positivo: dispararse en la cabeza; y como ejemplo de un acto negativo rehusar a ingerir cualquier medicina hasta dejarse morir.

Sus ideas contenían indicios de eutanasia, lo que denota, implícitamente, la preocupación por evitarle el sufrimiento a la persona.

Además, tenemos que Durkheim, sugiere que el suicidio es la resultante de la perturbación existente entre la sociedad y el sujeto según se vea comprometida su integración social o según sean las regulaciones impuestas por la sociedad al individuo, clasificándolos en altruistas o egoístas según grado de integración social; y dependiendo del nivel de regulación en anómicos o fatalistas. Además, considera la teoría de subcultura donde los modos de vida urbano y rural determinan las diferencias existentes entre las tasas de suicidio de ambos medios. Y la teoría de cambio de estatus coincide en que un cambio repentino en la posición social tiene cierta posibilidad de conducir al suicidio sobre todo si era una movilidad descendente.

Por último la teoría de la integración de estatus plantea que más estables y duraderas sean las relaciones sociales, mayores expectativas y menos individuos ocupando estatus incompatibles, menor serán los suicidios. Para Durkheim, la clasificación del suicidio debe hacerse en relación a dos variables fundamentales; una sería el grado de la investigación social que posee el individuo.

La teoría psicológica donde sus principales formulaciones psicológicas de la conducta suicida se inician con Freud y seguidores, los cuales no han cesado aún. Entre 1950 y 1970 los factores biológicos de la conducta suicida comienzan a ocupar un espacio en el cuerpo de conocimientos de la Suicidiología, los que han contribuido a una explicación más integradora del suicidio, conducta inherente al hombre como ser biológico, psicológico y social.

Consideran el suicidio como un crimen al cual se le ha dado un giro de 180 grados, describen la ambivalencia amor y odio presente en todo suicida la incapacidad poco común de amar a otros detrás de todo suicida, así como la asociación del suicidio como forma de agresividad con el instinto de muerte. Sigmund Freud al enfocar su teoría desde el punto de vista psicoanalítico planteaba como causas del suicidio factores diversos entre los que eran relevantes las del medio ambiente.

Planteaba que para estudiar el suicidio era necesario partir del estado melancólico del individuo porque este se asocia a estados depresivos que influyen,

generalmente, en que la persona se autovalore como detestable, sin razones para vivir y muchas para desaparecer y que acumule sentimientos de culpa.

Otra de gran aporte es la teoría psiquiátrica, que considera el suicidio como una manifestación de una patología psiquiátrica y sus orígenes se remontan a la mitad del siglo XIX. Para Esquirol “todo suicidio es el efecto de una enfermedad o un delirio agudo”. Considerando al suicidio como un síntoma del trastorno mental, aunque también como el resultado de pasiones humanas.

Más recientemente opinan que la mayoría de los suicidas sufren de una depresión, sea como trastorno o como síntoma, llegando algunos a considerar que en ausencia de una enfermedad psiquiátrica raramente un individuo termina su vida por suicidio. Por último, padecer una enfermedad mental es un factor probado de riesgo suicida.

Dentro de las teorías cognitivas: Beck y cols. Descubrieron que la desesperanza estaba más ligada al suicidio consumado que la experiencia subjetiva de haber matado y el deseo de morir. Otras explicaciones son el autocastigo, evitar la culpa, fantasías compensatorias por las deficiencias de esta vida en una vida futura. Además plantea que existen factores predisponentes en la conducta suicida, como son las de alteraciones en la dinámica familiar, algún familiar con antecedentes suicidas, muerte o separación de los padres, el tipo de padres, maltrato hacia el adolescente, bajo rendimiento escolar, aumenta tres veces el riesgo; los jóvenes fracasan en sus metas, se contemplan a sí mismos como fracasados y empezarán la caída que dará como resultado el suicidio.

Desde la visión del paradigma bio-psico-social, se deprecia la disolución del suicida como sujeto de un evento, situación, trauma, etc., y la atomización de causas y factores predisponentes y desencadenantes que limitan la visión de la posibilidad de cambio – centralizada en el caso del adolescente – en las redes de apoyo social, en particular en la familia.

El paradigma de la complejidad – aunque todavía en construcción, es dialéctico por excelencia, así concibe al ser, también es hermenéutico, lo que, contribuye a concebir, interpretar y explicar la realidad problematizada en el contexto de la relación sujeto – objeto determinada por la práctica social. Este enfoque

hermenéutico – dialéctico y este paradigma bio-psico-social, le brinda la posibilidad a esta investigadora de asumir un postura cuantitativa, cualitativa y holística de los aportes y de sus resultados investigativos.

En este trabajo, La Psicología – como ciencia y profesión – es fiel al Enfoque Histórico-cultural de Vigotsky, donde sus principales formulaciones radican en la apropiación que hace el hombre de la experiencia histórico-social que éste asimila no sólo las distintas formas de actividad humana, sino también los “signos” o medios materiales o espirituales elaborados por la cultura. Que no es más que el producto de la vida y de la actividad social del hombre y se expresa a través de los signos, los cuales tienen un significado estable ya que se han formado en el desarrollo histórico y transmitidos de generación en generación. Entre los signos señala la escritura, las obras de arte, los signos numéricos, el lenguaje. Por tanto, los procesos psíquicos inicialmente tienen un carácter interpsicológico, se dan en el plano del sistema de relaciones sociales, de comunicación que el sujeto establece con otras personas en la realización de una actividad conjunta y posteriormente estas funciones psíquicas se interiorizan, adquieren un carácter intra psicológico (interno) y forman parte de la actividad individual del hombre. Los signos que inicialmente tenían un carácter externo ahora ya se han convertido en signos internos mediatizando el tránsito de las funciones psíquicas superiores.

Concibe al hombre como un ser activo que opera sobre el medio y lo transforma mediante el uso de instrumentos, Como un ser social cuya actividad siempre tiene lugar en el marco de las relaciones entre personas.

Para que un sujeto pueda interpretar correctamente el mundo que le rodea es necesario la mediación de otros miembros más competentes, de aquí la importancia del medio social en que se desarrolla todo ser humano, ya que existen vínculos afectivos que no se pueden menospreciar, como son el cariño, la comprensión, la comunicación, el respeto, el apoyo, entre otras.

De manera que para evaluar el suicidio, desde las posturas Vigotskianas podemos decir que el sujeto en su desarrollo va adquiriendo cualidades, actitudes, valoraciones, donde su papel activo ante la vida dependerá del grado de inteligencia, de autoestima, de criterios propios, de valoraciones para aprender a

manejar situaciones que le resulten dolorosas, que le generen ansiedades, que se conviertan conflictivas y donde cobre sentido y motivación la vida, siempre en busca de soluciones lógicas y no en busca de salidas que sean un peligro para la vida.

Una condición indispensable en el abordaje de la crisis – aun viéndola como “fuerza motriz” – es diagnosticar el tipo de crisis por el que atraviesa la familia – si existiese – para no colocar al adolescente de forma apresurada en la posición de “chivo expiatorio” de los desajustes familiares, ya que “si la familia no logra superar sucesos que transitoriamente desestabilizan sus dinámicas internas y resolver situaciones conflictivas o contradictorias que se presentan, no se producen entonces los aprendizajes vivenciales necesarios para que cada uno de sus miembros desarrolle estrategias de afrontamiento positivas ante situaciones nuevas, diferentes y crezca como persona”.

Al decir del destacado psicólogo cubano Fernando González Rey, “.....” La subjetividad (la psiquis humana) se convierte, dentro de cada sujeto concreto, en el propio escenario sobre el cual lo externo interviene sólo como un momento constitutivo del sistema, con lo cual, deja de ser externo”. Es el nivel más complejo de organización de la subjetividad individual donde se constituyen los diferentes sistemas de sentidos subjetivos del sujeto” (5)

De ahí la importancia de develar los sentidos y significados que va adquiriendo la realidad en la subjetividad: separación y divorcio de los padres, la privación paterna y/o materna por la muerte de un ser querido a destiempo por accidentes o enfermedades sin cura, el impacto del fracaso escolar en la escala de valores del adolescente y su familia, el abandono por parte de figuras de gran filiación, la soledad, la miseria extrema, el abuso sexual, el embarazo oculto, la “sorpresa” de una orientación sexual homosexual marcada, una violación por parientes cercanos consanguínea y filialmente, cuando no nace el hermanito o hermanita esperados o nacen con una discapacidad no esperada, el sentimiento de culpabilidad porque “malogré” el embarazo de mi hermanita por nacer por la incomodidad y descontento de mi padres por mi fracaso escolar o mi problema judicial, el sentimiento de culpabilidad porque “ en el fondo estaba “deseando” que mi

hermano-rival no naciera 12 años después que nací yo ,“ el rey de la familia”. En este contexto socio psicológico puede comenzar a estructurarse una idea suicida.

Capítulo 2. Los factores psicológicos del comportamiento suicida en adolescentes del área de salud “Ramón López Peña”

2.1. Aspectos metodológicos de la investigación

Características generales de la investigación

Se trata de un **estudio analítico de casos y controles**, para aplicar el enfoque de riesgo en el intento suicida de los adolescentes del Policlínico “Ramón López Peña”, que realizaron este intento en quinquenio desde julio de 2003 hasta diciembre de 2008.

Las normas éticas fueron consideradas con el consentimiento informado de ambas instituciones y de los usuarios de esta investigación.

Universo y muestra

La hipótesis nula se estableció sobre la base de 2 controles por cada caso. Los casos fueron tomados de la población de adolescentes de 15 a 19 años del área de Atención Primaria de Salud, Policlínico docente – asistencial “Ramón López Peña”, el cual cuenta con una población de 3,345 adolescentes, de los cuales 1,750 pertenecen al sexo femenino y 1,595 al sexo masculino. De ellos, pudimos obtener 12 casos comisores de comportamiento suicida en los últimos 5 años, debido a la movilidad demográfica – por diversas causas – del área. En el caso de los controles, obtuvimos una muestra de 40 adolescentes del Pre – universitario “Rafael Ma. de Mendive”, del municipio Santiago de Cuba.

Descripción del método

La selección de los casos se hizo previa revisión documentos de la Dirección Provincial de Salud relacionados con las estadísticas que controlan el comportamiento suicida a este nivel, resultando esta área como una de las más implicadas al respecto. Seguidamente – previo consentimiento informado de la dirección de la misma y debido a la movilidad demográfica de los casos y de las dificultades que presentan éstos para dar su consentimiento después de pasar un tiempo del evento, el Departamento de Estadística nos brindó información relativa a los últimos 5 años,.

En cuanto a los controles, escogimos un Pre – Universitario, debido a la presencia del rango de edades en el que – según la bibliografía consultada – se presenta a nivel mundial, con más frecuencia, el comportamiento suicida en la adolescencia.

Operacionalización de las variables

Variable Dependiente: Comportamiento Suicida

Indicadores:

- Factores de Riesgo Personales
- Factores de Riesgo Familiares

Variable Independiente: Enfoque de Riesgo

Indicadores:

- OR (Odds Ratio o Razón de Productos Cruzados o Magnitud de Asociación u Oportunidad)
- RA (Riesgo Atribuible) = $\frac{OR - 1}{OR}$

Proporción de disminución del riesgo si mejoran las políticas de salud

Técnicas y procedimientos

El método empleado es el **enfoque de riesgo**, por lo que, en aras de procesar con rigurosidad los datos empleados y procesados, trabajamos con dos potentes sistemas operativos computarizados: SSPS Y EPINFO. De los mismos obtuvimos las frecuencias absolutas, que luego no permitieron obtener valores específicos en cuanto a definición de factores e identificación causal. Los anexos nos dan fe de ello.

La técnica empleada es la encuesta.

Los datos recogidos en la planilla - encuesta proceden una amplia y cuidadosa revisión bibliográfica de artículos y resultados investigativos reconocidos a nivel nacional e internacional

Criterios de selección de los casos

1. Criterios de inclusión

- Haber dado su consentimiento para la participación en la investigación

- Haber sido diagnosticado como portador de comportamiento suicida en los últimos 5 años
- Tener entre 15 – 19 años

2.- Criterios de exclusión

- Que no cumpla con alguno de los criterios de inclusión.

3.- Criterio Diagnóstico

- Para los **controles**, ser adolescente en la etapa de la adolescencia tardía: de 15 – 19 años.
- Para los **casos**, además de encontrarse en esta etapa del desarrollo y en ese periodo de la misma, haber sido comisor de por lo menos un intento de suicidio. En algunos casos tuvimos que considerar un periodo comprendido en los últimos 5 años, debido a la movilidad demográfica y a la necesidad de consentimiento informado.

2.2.- Análisis y Discusión de los resultados de la investigación

La aplicación del Enfoque de Riesgo nos permitió identificar los factores de riesgo asociados al comportamiento suicida y las situaciones o eventos que precedieron a su presentación.

El intento de suicidio obtuvo el OR más elevado con un valor numérico de 135,6 (10,64 – 4121,36), lo que hace estimar el impacto que debemos lograr – urgentemente - teniendo en cuenta la visión pronóstica de un Riesgo Atribuible de 97,19 %. Coincide este resultado con los obtenidos por la Dra. Alba Cortés Alfaro, en que este factor de riesgo altamente asociado a factores desencadenantes como el sexo masculino, la depresión, los sentimientos de rechazo y autorrechazo, a las crisis de identidad y a las dificultades con los grupos de pares, pueden convertirse o asociarse a factores precipitantes como los conflictos, el estrés, la desesperanza, una historia personal de intentos suicidas y hasta la soledad y los antecedentes y padecimientos psiquiátricos (Tabla No.12).

La idea o ideación suicida fue más frecuente en los casos que en los controles y particularmente la idea fija, que estuvo presente en 9 de los 12 casos. En cuanto

al grado de significación o dependencia del comportamiento suicida de los factores de riesgo desencadenantes, esta se vio representada por los siguientes: intento suicida, inclinación sexual, padecimiento nervioso y problemas con el estudio.

Los factores precipitantes estuvieron representados por: idea suicida, intento de suicidio, padecimiento nervioso y padre y/o madre ausente. Las edades de mayor frecuencia estuvieron representadas por el rango de 15 a 19 años, en el sexo femenino. Las diferencias son significativas en cuanto a su clasificación, ya que las ideas suicidas fijas alcanzaron su mayor grado de dependencia en los casos. En los controles, sólo 1 de ellos presentó este tipo de ideación asociada a la violencia intrafamiliar, 1 presentó su comportamiento suicida en forma de amenazas verbales y 5 en forma de ideas de autorreproche. $OR=14,8$ (1,67 – 33,8) este un valor evidencia un notoria asociación causal de este FR con el daño a la salud. El Riesgo Atribuible presagia que en un 93,24 podemos eliminar o disminuir la misma con nuestro accionar estratégico.

La ideación suicida, pesar de tener un OR menor, no es de descuidar, ya que es el más importante indicador de suicidio, pues se refiere a la existencia misma de la idea suicida íntimamente relacionada con el evento desencadenante y con el reflejo subjetivo de este, es decir, del sentido y el significado que adquiere para el sujeto psicológico. Sentidos expresados a nivel de las unidades psicológicas primarias o de las formaciones psicológicas complejas y que por supuesto son los responsables de los contenidos psicológicos responsables del control y la regulación del comportamiento mediato, propositivo, intencionado, volitivo, decisivo, persistente, activo y transformador. De lo contrario, el comportamiento se presenta de forma inmediata, impulsiva, poco reflexiva, pasiva y conforme y puede provocar tanta angustia y tanto sufrimiento que puede tornarse insoportable y hasta desorientador, trastornador y hasta fatal, como es el caso del suicidio.

La percepción amenazante del evento, de la situación, es decir, la forma en que nos representamos, recordamos, reflexionamos y nos damos cuenta de lo que pasa, nos provoca alegría o tristeza, satisfacción o repugnancia, cólera, odio, miedo, pasión, así será la imagen de la relación afectiva con relación con el objeto que nos afecta.

Con respecto a los factores **inclinación sexual** y **problemas en el estudio**, aunque no alcanzaron la condición de factores precipitantes, presentaron una

elevada tendencia de asociación causal con el comportamiento suicida y no debe desestimarse porque – a nivel mundial – el primero es un factor precipitante del suicidio en los varones homosexuales.

El factor de riesgo **problemas en el estudio** también sube tendencialmente, y resulta prudente atender sus especificidades a nivel individual, es decir, de cada estudiante, ya que, el fracaso escolar o la persecución del éxito están reconocidos internacionalmente como un factor desencadenante. (Anexo No 2)

Tabla No. 6

En 9 de los 12 casos se encuentran ausente uno de los dos padres, 6 por separación total y 3 por fallecimiento. En los controles, sólo 11 de los 40, se encuentran ausentes 10 por separación total y 1 por defunción. Otts Ratio (Razón de productos Cruzados) con un valor de 9 (1,7 – 53,8), nos indica que la asociación causa – efecto es considerable y deberíamos atender la visión futura del Riesgo Atribuible de que, en un 88, 88 %, podemos contribuir a disminuir los efectos de la privación paterna.

Tanto en los casos como en los controles la mayor asociación causal está representada por la ausencia por separación total y la menor por separación por muerte. Acatamos la apreciación del Dr. Sergio Pérez Barredo, de que la situación familiar y determinados eventos vitales adversos como la separación de los progenitores por separación, divorcio o muerte, puede constituirse en un factor de riesgo en la adolescencia y reafirmarse en los portadores de una psicopatología como predisposición, en este caso el padecimiento nervioso, que aunque no porta precisión diagnóstica, sí evidencia una asociación causal con este comportamiento en nuestra investigación.

Muchos de los problemas que presenta un muchacho o muchacha, no son exclusivos de él o de ella, sino que tienen que ver con su núcleo familiar, y, en mayor o menor grado, con sus padres, que generalmente están implicados. Existen adolescentes y personas adultas que desde su nacimiento padecen de **privación paterna** (uno u otro) y “padecen serios problemas, entre ellos profundos sentimientos de soledad que les impiden ser felices”. En la historia de muchos antisociales, hay una carencia total de afectos familiares, de hogar y de relaciones humanas adecuadas y permanentes. ¿Acaso no se ha dicho que todos los sentimientos superiores del hombre son adquiridos? ¿De dónde los pueden

adquirir el niño y el adolescente si no tienen figuras adultas, sanas, normales y afectuosas que les prodiguen cuidado, ternura y buenos ejemplos? Es una gran verdad, aunque muy sencilla: la familia es fundamental en nuestra sociedad (Gutierrez Baró, 1983). Por eso “la familia tiene que tener la capacidad para cuidar la salud mental de cada uno de sus integrantes y esto les permitirá realizar sus respectivas vidas” (Pérez Barredo, 2008)

En cuanto al padecimiento nervioso, se observa una presencia más frecuente en los casos que en los controles: 6 de los 12 casos, lo presentan, preferentemente con tratamiento, sólo 5 de los 40 controles lo presenta, lo que expresa la vulnerabilidad de los casos al comportamiento suicida. La Razón de Posibilidad u Oportunidad (OR= 7) el padecimiento nervioso – en los adolescentes suicidas – alcanzó un valor de 7 (1,3 – 40,1), lo que denota que, en nuestro estudio, este factor estuvo causalmente asociado al comportamiento suicida. Si logramos eliminar esta causa, se reduce en un 85,71% (riesgo atribuible) el riesgo de que ocurra un intento en la población de adolescentes. (Anexo No 2) **Tabla No.4**

Las **relaciones de convivencia** alcanzaron un mínimo valor de OR= 0,006 (0,01 – 0,37), lo que numéricamente se coloca en la categoría de factor de protección.

A pesar que los adolescentes consideran como regulares y malas las mismas, no resultan causalmente fuertes asociadas al daño debido a que en nuestra sociedad - al decir de Patricia Arés, “la familia cubana está compulsada para ser dedicada,” por lo tanto – según la especialista – “no son la desatención, la negligencia ni la ausencia de modelos de valores, ni conflictos de dimensiones extremas en nuestro país los que se listen entre los principales y acechantes factores de riesgo y aunque vemos papás autoritarios, por lo menos el adolescente y el joven, siente que alguien se ocupa de él, que se preocupa”.⁹

No obstante, pensamos que no podemos considerarlo tácitamente un factor de protección, ya que el mismo no protege al adolescente directamente, de sus ideas e intentos suicidas, ni los efectos patógenos de la privación paterna, con su evidente participación en las alteraciones psicológicas provocadas por la necesidad no satisfecha con respecto a la figura paterna o materna, por su pobre nivel de participación en la vida familiar, incluyendo la ausencia de una autoridad,

⁹ Conferencia PsicoSalud 2008.

que aunque a veces, disfuncionalmente asumida, era reconocida y necesitada (Arés, 1985).

Problemas de ajuste, suicidios, delincuencia juvenil y problemas de identidad, se justifican por la importancia de la figura paterna en la identificación sexual del adolescente varón.

En 3 de los 6 casos se observa una inclinación sexual femenina por parte de los varones, lo que confirma la utilidad de este factor de protección, dada la mayoritaria incidencia y prevalencia del suicidio consumado en varones con orientación homosexual.

Por último quisiéramos considerar cómo la vulnerabilidad no depende linealmente de la ausencia de factores protectores externos; muchas veces el adolescente no es portador de factores protectores internos tales como la autoestima, habilidades sociales, diversidad de interés para emplear el tiempo libre, que le equilibren un estado de ánimo y le amortigüen una disfunción familiar.

Además, al no haber logrado – la sociedad cubana – una ruptura total con el modelo tradicional patriarcal, otros factores han propiciado la aparición e incremento de familia de jefatura femenina, pero con pautas de una marcada educación sexista, según lo demuestran investigaciones del Centro de Estudios de la Mujer en estos últimos 5 años, (10). Esta situación puede resultar un reto percibido como amenazante tanto para la madre como para el adolescente y convertirse en un factor de riesgo, ya que en ausencia de una figura masculina se torna mucho más difícil practicar una educación sexista.

Desde los mitos y metas de una educación de base religiosa como la latinoamericana, el varón está compulsado a ser mujeriego desde edades tempranas y la hembra a conservarse virgen para “encontrar un buen partido” que la proteja y la solvente económicamente, y aunque muchos patrones y estereotipos culturales han sufrido sus “sacudidas”, en algunas comunidades y familias, permanecen conservadores y severos representantes.

No obstante es cierto que la convivencia en las familias cubanas, en general, tiende a ser un factor protector, aún con sus métodos educativos en ocasiones inconsistentes.

Seguidamente le acompañan las **condiciones socioeconómicas** con valor de OR= 0,13 (0,02; 0,79). Si bien es cierto que este factor alcanza cifras elevadas - a nivel mundial - como de riesgo, en nuestro país la familia cubana funciona al margen de la pobreza extrema y de la marginalidad psicológica.

A la familia cubana actual la caracterizan indicadores como: aumento de familias formadas a partir de segundas nupcias, necesidad de varias familias de cohabitar bajo un mismo techo y la hiperbolización de la carga económica, en detrimento de otras funciones; el cubano sigue prefiriendo vivir en familia, lo que no ha cambiado es que esta constituye un espacio importante, donde se incluyen hasta nuestros amigos y parientes más allá de los lazos de consanguinidad. Esas personas son portadoras de valores, afectos y mensajes que propician el crecimiento personal.

(10)

Conclusiones

Nuestra investigación demostró que la aplicación del Enfoque de Riesgo favorece la identificación de los factores de riesgo suicida comportamiento en los adolescentes.

Contribuyó a caracterizar la ideación suicida de los adolescentes objeto de estudio, ya que de 14 variables incluidas en la encuesta, resultaron identificadas, dentro de los factores de riesgo personales, la ideación suicida, el intento suicida y el padecimiento nervioso, ser las de mayor probabilidad de presentación y en cuanto a las variables familiares, resultó ser la variable padres ausentes, la de mayor frecuencia. .

El hecho de que dentro de la clasificación del comportamiento suicida, este sea no mortal (ideación, gestos y automutilación directos y deliberados sin una intención suicida consciente), no significa que deprecemos su valor preventivo y su urgencia interventiva, debido al descontrol emocional que caracteriza el padecimiento nervioso y aunque estos resultados no están asociados a procesos patogénicos, constituyen una guía de ponderable valor estadístico para profundizar en los factores que desencadenan de este comportamiento, en esta área de salud, ya que, como hemos expresado anteriormente, este método empleado, aporta exactitud en la medición de los mismos, fundamentalmente porque este estudio explora eventos que lo precedieron y que dieron lugar a pensamientos suicidas que adquirieron intencionalidad en su desarrollo.

Nuestros resultados, superan la dimensión descriptiva y apuntan hacia una dimensión explicativa entre el factor de riesgo por excelencia, el indicador de riesgo, el marcador de riesgo, el grupo de riesgo y el factor de protección.

En este caso resultan asociaciones estadísticas útiles y aumentan su utilidad, ya que están asociadas a un proceso que resulta de corte patogénico: el padecimiento nervioso y está indicando una cadena causal del comportamiento suicida. En este caso permite una acción preventiva.

Podemos aplicar el enfoque de riesgo considerando en los estudiados:

Factor de riesgo en la adolescencia: conflictos

Indicador de riesgo: Nerviosismo

Marcador de riesgo: Idea suicida

Grupo de riesgo: Familias con padres ausentes

Factor de protección: Buenas relaciones de convivencia

Ciertamente, algunos factores de riesgo constituyen parte de una cadena causal de hechos o situaciones que conducen a la enfermedad y aunque las pretensiones del enfoque de riesgo es considerar todas las causas, el comportamiento suicida es un hecho individual, de ahí la importancia de considerar los “**acontecimientos significativos de la vida**”, a los que se caracterizó como “aquellos hechos, deseados o no, que ocurren en la vida un sujeto, que tienen una importancia tal que ejercen un impacto en términos de vivencias emocionales o que pueden introducir cambios en los hábitos y las costumbres, y que requieren de un esfuerzo adaptativo”. Entendidos estos como contingencias potencialmente productoras de estrés, puede, ser útil para brindar ayuda a las personas adolescentes en riesgo (de 15 – 19 años) debido a su padecimiento nervioso, sus conflictos familiares en ausencia de de sus padres sobre la base de un **análisis individualizado**, ya que, la ocurrencia de estos acontecimientos actúa como precursora de estos estados de enfermedad o de accidentes, por cuanto operan como situaciones de tensión que activan respuestas endocrinas, las que pueden implicar cambios tales como modificaciones en el metabolismo de los lípidos o cambios en el estado de ánimo, por ejemplo, depresión y ansiedad, así como afectar la atención activa, lo que puede dificultar la capacidad laboral y crear cierta propensión a los accidentes, o llevar a la persona a adoptar o intensificar ciertos comportamientos nocivos para la salud como fumar, ingerir bebidas alcohólicas, descuidar el tratamiento de una enfermedad crónica que ya padece, etc. De hecho, no hay duda de que, de manera general, ciertos acontecimientos (como la muerte de un familiar querido, el divorcio, cambiar el empleo o de domicilio, etc.) pueden ser encontrados en la historia reciente de personas que comienzan a padecer una enfermedad, agravan de un padecimiento crónico, tienen un accidente o se suicidan. (21)

Nuestros resultados investigativos apuntan estos acontecimientos en materia de ausencia de los padres por divorcio, salida del país en cumplimiento de misiones internacionalista (en ocasiones demasiado prolongadas) y muerte, mayoritariamente en los casos, ya que de 12, se encuentran ausentes en 9, 6 por separación total y 3 por muerte. Y aunque no podemos disminuir la ausencia física en 3 de ellos, sí podemos modificar los sentidos y significados psicológicos que

adquirieron la ausencia física y emocional en 9, expresados en un riesgo atribuible igual a 88,88%.

Como el nerviosismo o padecimiento nerviosos, resultó ser un indicador de riesgo, es atinado considerar que, los métodos educativos inadecuados hacia los adolescentes y jóvenes, el deterioro de las relaciones intrafamiliares, desajustes en el funcionamiento familiar, así como crisis familiares por eventos paranormativos, pueden constituirse en condiciones para que aparezcan – en el seno familiar – individuos en crisis, sin trastornos nerviosos, ni psiquiátricos previos, como respuesta al agobio o sufrimiento que implica no ver claridad en la solución del problema, que opten por una de las etapas o momentos del proceso suicida o eclosione en los mismos un trastorno o enfermedad (32).

En trabajo fundamenta teóricamente que, una condición indispensable en el abordaje de la crisis – aun viéndola como “fuerza motriz” – es diagnosticar el tipo de crisis por el que atraviesa la familia – si existiese – para no colocar al adolescente de forma apresurada en la posición de “chivo expiatorio” de los desajustes familiares, ya que “si la familia no logra superar sucesos que transitoriamente desestabilizan sus dinámicas internas y resolver situaciones conflictivas o contradictorias que se presentan, no se producen entonces los aprendizajes vivenciales necesarios para que cada uno de sus miembros desarrolle estrategias de afrontamiento positivas ante situaciones nuevas, diferentes y crezca como persona”.

Recomendaciones

1. A la dirección del área de salud, ampliar el estudio con el objetivo de caracterizar a la familia en el área en general y en particular a las familias de los casos de adolescentes suicidas, a los efectos de profundizar en la asociación causal de los factores de riesgo **padres ausentes y padecimiento nervioso**, y el comportamiento suicida.
2. Al equipo multidisciplinario de salud del área, realizar investigaciones de **acción – participación**, con el objetivo de modificar ideas, actitudes y comportamientos suicidas en el más breve tiempo posible y prevenir el 1ro o el 2do intento, es decir, favorecer la efectividad de las intervenciones.
3. Al Centro de Investigaciones y Posgrado de Ciencias Médicas, continuar la investigación del suicidio **con enfoque de riesgo** con salida a tesis de maestrías y doctorados, por ser la temática del suicidio un problema de salud no resuelto en nuestro medio.
4. A la escuela, Pre – Universitario “Rafael María de Mendive”, actualizar semestralmente la caracterización socio – demográfica del universo en cuestión y la caracterización psicopedagógica en el expediente de cada estudiante, a los efectos de contribuir a la identificación de los factores de riesgo del comportamiento suicida.
5. Al Consejo del Poder Popular donde se encuentra enclavada esta área de salud, a los efectos de profundizar en la caracterización de la misma y atender de forma individualizada las desventajas sociales que más repercuten en el comportamiento suicida del adolescente.

Bibliografía

1. Arés Muzio, Patricia. Mi Familia es Así. Psicología Social. Afectividad. Páginas 108 – 141. **Privación Paterna**. Editorial Ciencias Sociales, La Habana, 1990.
2. Alonso – Fernández, Francisco. Psicología Médica y Social. Capítulo 19: Psicología de la Muerte: La postura del médico ante **la Eutanasia**. Página 188. 5ta edición Salvat. 1989.
3. Aguilera Fernández, Milagros, Et al. Intentos suicidas y suicidios consumados. BIREME/PO/OMSS. Biblioteca Virtual: Base de datos LILACS. 2004. (Consulta: Abril 2009)
4. Bozhovich, L. y Blagonadiezina, L. Estudio de la Motivación en niños y adolescentes. Editorial Progreso, Moscú, 1978.
5. Bozhovich, L.I. La personalidad y su formación en la edad infantil. Investigaciones Psicológicas. Segunda Parte. Situación Social y Fuerzas Motrices del Desarrollo del Niño. Capítulo 1.- Situación Social del Desarrollo del niño. Págs., 115 – 123. Editorial Pueblo y Educación, 1981
6. Barbón Toirac, Bexis y Labra Quevedo, Natalia. “Aproximación a algunos factores subjetivos que conforman la identidad psicológica suicida en el adolescente. Santiago de Cuba: Trabajo de Diploma; 1998.
7. Benítez Grey, Teresa Milagros. Nieve del Prado. Alicia Portón Sánchez Valoración de una conducta suicida en adolescentes de un área de Atención Primaria de Salud. Trabajo de Diploma .1998.
8. Cortes Alfaro, Cortes. Conducta Suicida, adolescencia y riesgo. Disponible en monografía.com SA.1997(revisado en Junio 2007)
9. Consuegra Núñez, Ramón J. Problemas médicos de los adolescentes. Trastornos Emocionales de los Adolescentes. Páginas 104 – 108. Editorial Científico - Técnica, 1988.

10. Castellanos Cabrera Roxanne. Compiladora Psicología. Selección de Textos. Editorial Félix Varela. La Habana, 2003.
11. Carriera Martínez, Alina: En familia: A lo Cubano, en: Revista Mujeres no 4/2007. P 66 – 67.
12. Cordero, Jarquín, Franklin Alonso. Factores de Riesgo del intento de suicidio en pacientes atendidos de cinco hospitales generales del Municipio de Managua: agosto – octubre 2000. (BIREME/PO/OMSS. Biblioteca Virtual: Base de datos LILACS. 2004. (Consulta: Abril 2009)
13. González Rey, Fernando. Epistemología Cualitativa y Subjetividad. Capítulo II: Definiciones teóricas sobre la personalidad y el sujeto psicológico: sus repercusiones teóricas y epistemológicas. Págs. 83 – 125. Editorial Pueblo y Educación. 1997.
14. González Y, Hernández Lominchar M. “Caracterización de algunos factores psicológicos en la comisión del intento suicida en adolescentes de 15 a 19 años, en Bayamo, en el año 1999. Santiago de Cuba: Trabajo de Diploma; 2000. 18-2000”.
15. Gutierrez Baró, Elsa. Mensaje a los Padres. La Familia. Págs. 19 – 22. XVI: La Adolescencia está próxima. Págs. 97 – 104. Editorial Científico – Técnica, 1983.
16. González Menéndez Ricardo. La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad. Capítulos I y VIII, pg. 3-30, 178-181. Editorial Científico – Técnica. La Habana, 2003.
17. _____ Psiquiatría para médicos generales. Capítulo XVIII: La prevención del suicidio y gestiones periciales. P 277 – 282. Editorial Científico – Técnica, La Habana. 1988.
18. Hernández Guzmán, Yamilka y Tamayo Toppes, Tatiana. “Padres de Adolescentes: Un acercamiento a su orientación. Santiago de Cuba: Trabajo de Diploma. p 17-96” ; 1996

19. Informe Mundial sobre violencia y la salud. Capítulo 7: La violencia autoinfligida. Págs. 199 – 232. Publicación Científico – Técnica No. 588. OPS, 2003.
20. Lazarus, S, Richard y Folkman, Susan. Estrés y Procesos Cognitivos. Ediciones Martínez Roca, S. A. 1986.
18. Machado Bermúdez, Ricardo J. Como se hace un investigador. Editorial Ciencias Sociales. La Habana, 1988.
19. Lotti, Alina M: "Autopsia Psicológica", Periódico Trabajadores. Herramientas para desentrañar misterios relacionados con víctimas de suicidio, homicidio, asesinato y accidentes. Lunes 21 de Abril del 2008.
- 20.- Larraguibel Quiroz, Et al. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. (BIREME/PO/OMSS. Biblioteca Virtual: Base de datos LILACS. 2004. (Consulta: Abril 2009)
- 21.- López Bombino, Luis R. Compilador. El saber ético de ayer a hoy. Tomo I. Editorial Félix Varela, 2004.
- 22.- Meza L, Carlos; Morales A, Andrés; Magaña Castro, Rogelio. Introducción al Método Estadístico. SSBN: 968-840-797-6. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México, 1990.
- 23.- Morales Calatayud, Francisco. Psicología de la Salud. Conceptos Básicos y Proyecciones de Trabajo Editorial Científico – Técnica. La Habana, 1999.
- 27.- Muzio, Ma. Del Carmen. Maria Luisa Milanés el suicidio de una época. Editorial Extramuros, La Habana, 2005.
- 24.- Martínez Liliana. "El sentido de la vida", Editorial de Ciencias Sociales, Ciudad de la Habana, 1989.
- 25.- Montoya González Isel. Estudio del funcionamiento de la familia en adolescentes con conducta suicida en la Clínica del Adolescente de Santiago de Cuba. Trabajo de Diploma; 1997.
- 26.- Martínez Gómez, Cristóbal. Consideraciones sobre la Inteligencia Emocional: Estrategia para Triunfar. P 244 – 250. Prevención de la Depresión. P 229 – 235. Editorial Científico – Técnica, 2008.

- 27.- Machado Bermúdez, Ricardo J. Cómo se hace un investigador. Segunda parte. El proceso investigativo. Aspectos significativos. Págs. 110 – 125. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana. 1988.
- 28.- Mora Macías, Yeisi. Trabajo de Diploma. Estrategia de intervención comunitaria para la modificación de factores familiares de riesgo de la conducta suicida. SUM Contra maestre, 2008.
- 29.- Orlandini Alberto. Sociedad y Estrés. Editorial Oriente, Santiago de Cuba. 1994.
- 30.- OPS. Manual sobre Enfoque de Riesgo en Atención Materno Infantil. No.7. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud, 1986.
- 31.- Pérez Barrero, Sergio. Disponible en Psicología Online: Factores de Riesgo suicida en la Niñez (Revisado en Abril / 2007)
- 32.- Pérez Barrero, Sergio. Disponible en Psicología Online: Factores de Riesgo Suicida en la Adolescencia (Revisado en Abril / 2007)
33. - Pérez Barrero, Sergio Pérez. El Suicidio, Comportamiento y Prevención. Editorial Oriente. Santiago de Cuba, 1996. P 20 – 32.
- 34.- Pérez Barrero, Sergio Pérez. **Confesiones de un Psiquiatra**. La ruptura de la mente. Págs., 67 - 71. La Tragedia, Pág., 79 – 83. Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 2008.
- 35.- Plan de Formación en Bioestadística. Curso a Distancia. Técnicas Estadísticas en Biomedicina. 2da Edición. Mediante el desarrollo de casos prácticos. Con el Programa de G – Stat. Fundación de Ciencias de la Salud. Instituto de Formación en Biomedicina. (IFB). Año.....?
- 36.- Para la Vida. Un reto a la comunicación. Editorial Pueblo y Educación, La Habana, 1992.

37.- Reyes Milían, Pedro Enrique, Et al Tentativa de suicidio por quemaduras. (BIREME/PO/OMSS. Biblioteca Virtual: Base de datos LILACS. 2004. (Consulta: Abril 2009)

38.- Rubinstein J. L. "Principios de psicología general". Capítulo X: El Pensamiento. Pág. 386. Editorial Pueblo y Educación. La Habana. 1982.

39. – Rubio, Vladia. Reyes, G, Delia: "Paternalismo. Quien te quiere...", en, Revista Bohemia. Ano 100. No.23. P 28.

40- Serret Rodríguez, Bertha C. Dilemas Bioéticos al Final de la Vida. Instituto de Ciencias Médicas Santiago de Cuba. 1998.

41.- Valdivia P, Mario. Et al. Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica: una revisión de cuatro años (BIREME/PO/OMSS. Biblioteca Virtual: Base de datos LILACS. 2004. (Consulta: Abril 2009)

Anexo 1

Encuesta de Factores de Riesgo Suicida

Instrucciones: La encuesta es anónima. No estamos interesados en su identidad, sino en sus respuestas. Las siguientes interrogantes que le formulamos van dirigidas a conocer sus opiniones acerca del comportamiento suicida en adolescentes y jóvenes. De su sinceridad en las respuestas, dependerá la validez de la formulación de una estrategia de prevención del suicidio. Gracias por su colaboración.

1.- Factores de Riesgo Personales.

- a) Edad: 15 - 19 años ----- Más de 19 años -----
- b) **Sexo:** M---- F---- Inclinación Homosexual: Masculina----- Femenina-----
--
- c) Creencia religiosa: Sí----- No----- Cual ?-----

- d) ¿Padeces de los nervios? Sí----No----- Con Tratamiento----- Sin Tratamiento----
- e) ¿De qué otras enfermedades padeces?----- ¿Cuáles? -----

- f) ¿En algún momento difícil de tu vida has tenido alguna idea o comportamiento de estos? Sí----- No----- ¿Cuáles?
-----ideas suicidas pasajeras.
-----ideas suicidas fijas.
-----sentimientos de autorreproche y minusvalía.
-----cartas o mensajes suicidas a personas allegadas.
-----entrega de objetos de valor a familiares y amigos
----- amenazas suicidas de palabras.
----- amenazas suicidas de gestos suicidas.
- g) ¿Has intentado contra tu vida? Sí---- No----- ¿Cuántas veces? ----- Motivo--
----- Tiempo transcurrido-----

- h) Consumes alcohol: Sí----- No----- ¿Con qué frecuencia?-----
--
- i) Ingieres medicamentos y/o otras sustancias para calmarte los nervios, dormir
¿Cuáles?----- Con qué frecuencia--

- j) ¿Has quedado embarazada? Cuántas veces? ----- Planificadas----- Por azar--

- k) ¿Has interrumpido el o los embarazos? Sí---- No----- ¿De forma independiente? Sí----- No-----Con quién o quienes has contado ¿-----

L) Has sido víctima de abuso sexual ¿Sí----- No----- Cuando?-----
Cuantas veces-----por parte de quien----- Se lo has
comunicado a alguien-----Quien o quienes----- Quedaste
embarazada----- ¿Fuiste contagiado (a) en esa ocasión? Sí----- No--

m) ¿Presentas problemas en tu centro de estudio o trabajo? ¿Cual o Cuáles?-----
----- Con quien----- Es de
conocimiento de tus familiares Sí----- No----- De quien-----

n) ¿Cuáles estados de ánimo presentas con frecuencia?

-----tristeza.

-----alegría.

-----irritabilidad.

-----violencia.

p) ¿Cuáles de estos comportamientos presentas a veces?-

-----aislamiento o soledad.-----cambios frecuentes en el estado de animo.

-----imitar a otros con frecuencia. Quien o Quienes-----

--

-----cambios de hábitos ¿Cuáles?

-----dificultades para dormir.

-----ir de un lugar a otro sin rumbo fijo.

-----Falta de voluntad para cumplir tus deberes.

-----colgarte de un transporte.

-----ingerir bebidas alcohólicas en exceso.

-----practicar sexo desprotegido.

-----Ante el peligro sientes: Miedo----- Indiferencia----- Valor-----

2.- Factores de Riesgo Familiares.

a) ¿Con quien vives? Madre----- Padre----- Hermanos----- Otros: ¿Quiénes?-----

b) ¿Cómo son las relaciones que mantienes con estas personas según su
criterio?:

Buenas----- Regulares----- Malas----- Ausentes----- . Explique por qué las
considera así.

c) ¿Cómo son las condiciones socioeconómicas en que vive?:

Buenas----- Regulares----- Malas-----

d) ¿Existe alguna (as) de estas situaciones en alguno de los familiares y/o
personas con quien convives?:

-----alcohólico.

-----Drogadicto.

-----Violento.

-----Desvinculado laboralmente.

-----Problemas con la justicia.

-----Otro ¿Cuál?-----

e) ¿Alguien de tus familiares, personas con quienes convives, vecinos allegados, amigos ha realizado un intento de suicidio?: Quien o Quienes----- Motivo-----

f) Se encuentran ausentes tus padres. ¿Por qué?:

-----Muerte.

-----Separación Total.

-----Separación temporal. Motivo-----

-----Abandono dentro del país.

-----Abandono fuera del país.

-----Otro ¿Cuál?

Anexo 2

Resultados del análisis estadístico de los datos

Tabla # 1.- Distribución de Casos y Controles según **Sexo y Tasa por 1,000**

SEXO	Población de 15 a 19 años	Casos		Controles	
		No.	Tasa	No.	Tasa
Femenino	1,750	9	5.14	28	16.00
Masculino	1,595	3	1.88	12	7.52
Total	3,345	12	3.59	40	11.96

Fuente: Encuesta y Registro de Población del Policlínico.

NOTA: Tasa por 1,000 = No. * 1,000 / Población de 15 a 19 años

Tabla # 2.- Distribución de Casos y Controles según **Sexo y Edad**

SEXO / EDAD	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	9	75.0	28	70.0		
De 15 a 19 años	6	66.7	27	96.4		
Más de 19 años	3	33.3	1	3.6		
Masculino	3	25.0	12	30.0		
De 15 a 19 años	2	66.7	12	100.0		
Más de 19 años	1	33.3	-	-		
Total	12	100.0	40	100.0	52	100.0

Tabla # 3.- Distribución de Casos y Controles según Sexo e **Inclinación Sexual**

Sexo / Inclinación Sexual	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Femenina	9	75.0	28	70.0	37	71.2
Con Inclinación	3	33.3	-	-	3	8.1
Sin Inclinación	6	66.7	28	100.0	34	91.9
Masculina	3	25.0	12	30.0	15	28.8
Con Inclinación	1	33.3	2	16.7	3	20.0
Sin Inclinación	2	66.7	10	83.3	12	80.0
Total	12	100.0	40	100.0	52	100.0

Fuente: Encuesta.

P<0,05

OR = Indefinido

Tabla # 4- Distribución de Casos y Controles según **Creencia Religiosa**

Creencia Religiosa	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Con Creencia	3	25.0	10	25.0	13	25.0
Sin Creencia	9	75.0	30	75.0	39	75.0
Total	12	100.0	40	100.0	52	100.0

Fuente: Encuesta.
P > 0,05

Tabla # 5.- Distribución de Casos y Controles según **Padecimiento Nervioso**

Padecimiento Nervioso / Tratamiento	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
CON TRASTORNOS NERVIOSO	6	50.0	5	12.5	11	21.2
Con Tratamiento	4	66.7	-	-	4	36.4
Sin Tratamiento	2	33.3	5	100.0	7	63.6
SIN TRASTORNOS NERVIOSO	6	50.0	35	87.5	41	78.8
Total	12	100.0	40	100.0	52	100.0

Fuente: Encuesta.
OR= 7 (1,3; 40,19)
P<0,05

Ra=85,71%

Tabla # 6.- Distribución de Casos y Controles según **Padece Enfermedades**

Padece Enfermedades	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si Padece Enfermedades	5	41.7	11	27.5	16	30.8
No Padece Enfermedades	7	58.3	29	72.5	36	69.2
Total	12	100.0	40	100.0	52	100.0

Fuente: Encuesta
P>0,05

Tabla # 7.- Distribución de Casos y Controles según **Ideas Suicidas**

Ideas Suicidas	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Fija	9	75.0	1	2.5	10	19.2
Pasajera	3	25.0	10	25.0	13	25.0
De Palabras	6	50.0	1	2.5	7	13.5
De Gestos	6	50.0	-	-	6	11.5
Autorreproche	5	41.7	5	12.5	10	19.2
Sin Ideas	1	8.3	23	57.5	24	46.1
Total Encuestados	12	100.0	40	100.0	52	100.0

Fuente: Encuesta.

NOTA: % en base a encuestados.

OR= 14,8 (1.67; 33,8)

RA= 93,24%

P<0,05

Tabla # 8.- Distribución de Casos y Controles según **Problemas de Estudio**

Problemas de Estudio	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Con Problemas Estudio	5	41.7	-	-	5	9.6
Sin Problemas Estudio	7	58.3	40	100.0	47	90.4
Total	12	100.0	40	100.0	52	100.0

Fuente: Encuesta

P<0,05

OR= Indefinido

Tabla # 9.- Distribución de Casos y Controles según **Relaciones Convivencia**

Relaciones Convivencia	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Buenas	2	16.7	31	77.5	33	63.5
Madre-Padre-Hnos.	1	50.0	10	32.2	11	33.3
Madre-Hnos.	1	50.0	7	22.6	8	24.2
Madre-Padre-Hnos.-Abuela	-	-	14	45.2	14	42.5
Regulares	9	75.0	8	20.0	17	32.7
Madre-Padre-Hnos.	3	33.3	6	75.0	9	52.9
Madre-Hnos-Abuela	3	33.3	2	25.0	5	29.4
Madre-Hnos-Cuñado	2	22.2	-	-	2	11.8
Madre-Hnos-Padrastro	1	11.2	-	-	1	5.9
Malas	1	8.3	1	2.5	2	3.8
Padre-Abuelo	1	100.0	1	100.0	2	100.0
Total	12	100.0	40	100.0	52	100.0

Fuente: Encuesta

P<0,05

OR = 0,013 (0,02; 0,79)

Tabla # 10.- Distribución de Casos y Controles según Condiciones Socio-Económicas

Condiciones Socio-Econ.	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Buenas	2	16.7	24	60.0	26	50.0
Regulares	9	75.0	14	35.0	23	44.2
Malas	1	8.3	2	5.0	3	5.8
Total	12	100.0	40	100.0	52	100.0

Fuente: Encuesta.
p>0,05

OR = 0,06 (0,01; 0,37)

Tabla # 11.- Distribución de Casos y Controles según Intento Suicida en Familiares

Intento Suicidio Familiares	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Familiares	3	25.0	7	17.5	10	19.2
No Tiene	9	75.0	33	82.5	42	80.8
Total	12	100.0	40	100.0	52	100.0

Fuente: Encuesta
p>0,05

Tabla # 12.- Distribución de Casos y Controles según Padre Ausente

Padre Ausente	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ausente por Separación Total	6	50.0	10	25.0	16	30.8
Ausente por Muerte	3	25.0	1	2.5	4	7.7
No Ausente	3	25.0	29	72.5	32	61.5
Total	12	100.0	40	100.0	52	100.0

Fuente: Encuesta
P<0,05

OR = 9 (1,71 – 53,8 9) RA = 88,88 %

Tabla # 13.- Distribución de Casos y Controles según Intento Suicida

Intento Suicida	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Con Intento Suicida	11	91.7	3	7.5	14	26.9
Sin Intento Suicida	1	8.3	37	92.5	38	73.1
Total	12	100.0	40	100.0	52	100.0

Fuente: Encuesta

P<0,05 OR = 135,67 (10,64 - 4121,36) RA = 97,19

Tabla # 14.- Distribución de Casos y Controles según Consumo de Alcohol

Consumo de Alcohol	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Con Consumo Alcohol	5	41.7	14	35.0	19	36.5
Sin Consumo Alcohol	7	58.3	26	65.0	33	63.5
Total	12	100.0	40	100.0	52	100.0

Fuente: Encuesta

P > 0,05

Tabla # 15.- Distribución de Casos y Controles según Ingestión de Medicamentos

Ingestión Medicamentos	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Con Ingestión	2	16.7	2	5.0	4	7.7
Sin Ingestión	10	83.3	38	95.0	48	92.3
Total	12	100.0	40	100.0	52	100.0

Fuente: Encuesta

P > 0,05

Tabla 16.- Tabla Resumen

FR	OR	RA
Intento Suicida	135,67	97,19 %
Ideas Suicidas	14,8	93,24 %
Padre Ausente	9,0	88,88 %
Padecimiento Nervioso	7,0	85,71 %

Leyenda

Fr – Factor de Riesgo

OR – Odds Ratio (Razón de Productos Cruzados)

RA – Riesgo Atribuible