

ALGUNOS FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES

Autores: MsC. Dr. Ariel Acosta González. Especialista de Primer Grado en Psiquiatría Infantil. Profesor Auxiliar en Psiquiatría Infantil de la Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa.
Licenciada en Psicología Jennifer Milagros Izquierdo Rivera.
MsC. Dra. Milaidi Milian Martínez. Especialista de Primer Grado en Pediatría. Profesora Auxiliar en Pediatría de la Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa.

**Centro para la Atención Integral al Adolescente. Provincia Artemisa.
Tema libre.**

**Artemisa
2011**

RESUMEN

Los adolescentes no suelen tener una adecuada percepción sobre el riesgo a que están expuestos a desarrollar alguna de las manifestaciones de la conducta suicida. Con el objetivo de determinar la presencia de algunos factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes del Instituto Politécnico Urbano “Revolución de Octubre” del municipio de Alquizar se realizó una investigación observacional de tipo caso - control pareado en el mes de febrero del año 2011. La población del estudio fueron los 157 adolescentes del décimo grado. Se obtuvo una muestra de sujetos tipo intencional con criterios que quedó constituida por 53 adolescentes: grupo estudio [intento suicida] y grupo control [no intento suicida]. Se aplicaron métodos estadísticos descriptivos e inferencial no paramétrica, teniendo en cuenta el nivel de medición de las variables. Se utilizó el coeficiente de correlación Phi y después la chi – cuadrado según Mc Nemar, con un nivel de significación del 5%. Predominó la ausencia de antecedentes personales de trastornos psiquiátricos en los adolescentes tanto en el grupo estudio como en el control con 99 adolescentes. Este predominio fue más marcado en el grupo control con 52 . El Coeficiente de correlación Phi dio un valor de 0,190 y un valor de $p = 0,051$, χ^2 (Mc Nemar) de 0,00 para un valor de $p < 0,05$. Los factores de riesgo de la conducta suicida que estuvieron presentes en los adolescentes estudiados fueron los trastornos psiquiátricos, tanto en los adolescentes como en sus familiares.

INTRODUCCIÓN

El intento suicida, como toda conducta humana, antes de expresarse es decidido por el hombre como resultado de su percepción individual de la realidad contextual con que se vincula. Según Blumenthal Susan J, esta percepción está matizada por su propia subjetividad individual y se dinamiza por acontecimientos a los que el individuo se enfrenta no teniendo mecanismos de afrontamientos adecuados, lo que genera un gran estrés, a veces intolerante o humillante, que provoca impulsividad, frustración y angustia. (1)

Notorio resulta que en tales conductas suicidas se vean involucrados adolescentes. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana de 10 a 14 años, y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. (2)

Se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. (3)

En los momentos actuales el tema de la autorregulación en los adolescentes a partir del autoconocimiento y teniendo como bases a la autoestima, constituyen aspectos necesarios para ser tratados. El doctor cubano Sergio A Pérez Barrero, un experto mundial en el tratamiento y prevención del suicidio, fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría y de la Red Iberoamericana de Suicidiología, explica que los adolescentes con baja autoestima y vulnerables al estrés tienen mayores posibilidades de desembocar en una crisis suicida ante situaciones que pueden ser interpretadas a través del prisma del adolescente como dañinas, peligrosas, y conflictivas en extremo, sin que necesariamente concuerde con la realidad; lo cual significa que hechos triviales para adolescentes sin estos problemas, pueden tornarse potencialmente suicidas en adolescentes vulnerables, los que los perciben como una amenaza directa a la auto imagen y a su dignidad. (3, 4)

Según N. Branden la autoestima es la experiencia de ser aptos para la vida y para sus requerimientos, en tanto es reconocida como aquellas cualidades, capacidades, modos de sentir o de pensar que nos atribuimos, lo que conforman nuestra “imagen personal” o “auto imagen”, sobre la base de las sensaciones y experiencias que hemos ido incorporando a lo largo de la vida.

El propio autor considera que la autoestima positiva es el requisito fundamental para una vida plena, lo que implica el desarrollo potencial de la personalidad. (4)

En la adolescencia, una de las fases más críticas en el desarrollo de la autoestima, el joven necesita forjarse una identidad firme y conocer a fondo sus posibilidades como individuo.

También precisa apoyo social por parte de otros cuyos valores coincidan con los propios, así como hacerse valioso para avanzar con confianza hacia el futuro. En esta etapa las variables de personalidad se ponen en juego para que el adolescente reconozca su capacidad de transformar las circunstancias de manera tal que respondan a sus necesidades y pueda modificar la percepción amenazante o negativa de un evento. Parada Ortiz M. en “Estrategia y estilos de afrontamientos del estrés en adolescentes” plantea que en esta posición juega un papel fundamental la valoración que el sujeto tenga de sí, el apoyo social de su grupo que le permita contar con el reconocimiento de los otros, sus estilos de afrontamiento y la aceptación de su entorno, para implementar de una manera autónoma la búsqueda de la respuesta satisfactoria. (5)

Los problemas familiares, como es reconocido, se constituyen uno de los motivos fundamentales de la realización del acto suicida al igual que la aceptación del suicidio como forma de resolución de problemas entre los adolescentes, amigos o grupos de pertenencia. Esta manera de afrontar situaciones, ya sea por aprendizaje o por hallazgo fortuito ante una situación de emergencia, pueden resultar estilos inadaptativos de afrontamiento que tienen un efecto nocivo en la salud a largo plazo por lo que una de las condiciones de riesgo señalada en la conducta suicida en Cuba son los modos de afrontamientos inadecuados e intentos previos en la familia, entre otros.

En cuanto a los antecedentes familiares, se ha constatado en varios estudios que aquellos adolescentes con antecedentes familiares, en especial de depresión en la madre o consumo de alcohol en el padre, tienen más posibilidades de tener ideación suicida que aquellos que no tenían estos antecedentes familiares. Los adolescentes con antecedentes psiquiátricos personales tienen más riesgo de intentar contra su vida que los que no padecen de enfermedad psiquiátrica. (3)

Pero también la adolescencia es la etapa más maravillosa de la vida, donde lo vivencial se torna llamativo y contrapuesto a la vez, por la capacidad de pensar y la imposibilidad de decidir. Estos niños, ya casi jóvenes, considera N. Branden que por lo general se divierten, ríen, bailan, exploran los nuevos cambios de su vida. (4)

Abordar sobre el suicidio en la adolescencia resulta harto difícil por varias razones:

probablemente algunos pensarán que por qué no se interviene sobre otro tema menos trágico, otros considerarán que el suicidio no es tan frecuente en estas edades, pues es una etapa de la vida con muchas potencialidades para desarrollar una existencia creativa y el suicidio y que cuando ocurre, debe ser un acto impulsivo, no bien pensado, y por tanto muy difícil de evitar. (3) Cada una de estas razones constituye parte de los mitos relacionados con la conducta suicida y no reflejan en modo alguno las evidencias estadísticas del suicidio en la adolescencia. (6)

Aprender a cuidarse la única vida que tenemos los seres humanos es una cualidad que debe ser desarrollada desde la más temprana infancia, pues si no se tiene vida no se puede llevar a cabo proyecto alguno. Aprender a amarse racionalmente incrementará la capacidad de amar a otros, aprender a respetarse hará que seamos respetados. Enfrentar la vida con soluciones no suicidas mejorará nuestra calidad de vida.

A pesar nuestro, el suicidio en la adolescencia es una trágica realidad. La OMS estima que por lo menos 1 100 personas se suicidan y ocurren de 10-15 intentos suicidas por cada suicidio siendo el grupo etario más afectado el de 15 a 24 años. (2, 7)

Se considera que cada día se suicidan en el mundo más de 1000 personas y lo intentan decenas de miles, aunque algunos autores plantean que la cifra real pudiera triplicar estos estimados, independientemente de la geografía, cultura, etnia, religión, posición económica, etc. (3, 6)

En 2006 los suicidios registrados en todo el mundo superaron la cifra de muertes por homicidio (500 000) y por guerras (230 000). La OMS plantea además que “para el año 2020 aproximadamente 1.53 millones de personas morirán por suicidio y 10-20 veces más, intentarán suicidarse en el mundo”. Esto representa una muerte cada 20 segundos y una tentativa cada 1-2 segundos. (7, 8)

Entre los países que informan sobre la incidencia de conductas suicidas, las tasas más altas se dan en Europa del este, y las más bajas sobre todo en América Latina, los países musulmanes y unos cuantos países asiáticos. Se dispone de poca información sobre el suicidio en los países africanos. Se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance.

Los países de Oriente tiene tasas de intento suicidas en la adolescencia similares a los de Latinoamérica, con la diferencia de Hong Kong, Singapur y China. (8)

Las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 19 años. En muchos países encabeza como la primera o segunda causa de muerte tanto en varones como hembras de este grupo de edad. (9)

En la mayoría de países de Europa, el número anual de suicidios supera al de víctimas de accidentes de tránsito. En un análisis epidemiológico de la conducta suicida se puede apreciar que en Valencia se encontró una tasa anual media de suicidios de 8,22 por 100 000, en Eslovenia y Dinamarca se observó que el intento de suicidio es un fuerte predictor de la repetición de tentativas y subsecuentes suicidios. (10, 11, 12, 13)

La incidencia de pensamientos suicidas en la población británica es desconocida. Científicos británicos publican un artículo en la revista “British Journal of Psychiatry” donde se determinan los factores asociados al desarrollo y a la recuperación de los pensamientos suicidas.

En los E. E. U. U. se realizó un estudio entre adolescentes y jóvenes de Arizona. Según Gibori, aproximadamente 1100 estudiantes universitarios de los E.E.U.U se quitan la vida cada año. Nadie está seguro de si el número está aumentando o disminuyendo. En este país cada suicidio de 15 a 25 años representa una pérdida de 53 años de vida humana y 432 000 dólares de productividad económica. Es decir, que ocasiona enormes pérdidas en todo sentido según un cálculo de Wenten y Saturno.

En la Región del Pacífico Occidental representa el 2,5% de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades.

Las tasas de intentos suicidas de los países de la región latinoamericana, son menores a las de Canadá y Estados Unidos de América donde se duplican para los varones. Comparadas con las tasas de los países de Europa son similares a la de España, Grecia, Alemania y sensiblemente menores a la de la Federación Rusa, Lituania, Letonia y Hungría. (8)

En el Centro de Investigación Epidemiológica de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires en el 2009, se efectuó un estudio con una muestra probabilística de 304 varones de 18 años, sobre la frecuencia de ideación e intentos de suicidio, utilizando el Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry de la Organización Mundial de la Salud. Se detectó que el 12,6%

había tenido en el último mes ideas persistentes del suicidio, el 0,98% había realizado un intento definido de suicidio, el 0,33% con lesiones autoprovocadas leves o moderadas y el 0,33% graves. (13)

En Cuba la tasa de mortalidad por suicidio se incrementó en la década del 80 (22,5 x 100 000 habitantes) por lo que se implantó el Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida, lográndose una reducción de la mortalidad por suicidio hasta 16,4 x 100 000 habitantes en el 2000, ubicándose en el séptimo lugar entre las principales causas de todas las edades con 1831 suicidios, 1300 fallecidos pertenecían al sexo masculino para una tasa de 23,2 x 100 000 habitantes y 531 al sexo femenino en una tasa de 9,5 x 100 000 habitantes.

En el grupo etario de 10-19 años de edad el suicidio constituyó la tercera causa de muerte en el 2008 con 71 fallecidos para una tasa de 3,2 x 100 000 habitantes. En el 2009 existió una tasa de 12,7 x 100 000 habitantes, y en el 2010 de 12,5 x 100 000 habitantes. (6)

Se revisaron las series cronológicas del Departamento de Higiene y Epidemiología del Municipio Playa de Ciudad de la Habana en los años 1997, 1998 y 1999 referentes a la conducta suicida. Dentro de los resultados se obtuvo que la tasa municipal de suicidio disminuyó de 16,2 (1997) a 9,1 (1999). (9)

Se revisó un estudio realizado en 34 familias en Ciudad de La Habana en las que aconteció un comportamiento suicida durante los años 2001-2003. El sentido de la repercusión del comportamiento suicida resultó mayoritariamente desfavorable para la salud en el 82,4 % de los grupos familiares.

En un estudio realizado en el Hospital Pediátrico Docente “Juan M. Márquez” durante el trienio 2000 - 2003, se encontró que el intento suicida constituía el 42% del total de pacientes hospitalizados en el servicio de salud mental. (14)

Según las estadísticas del Programa Nacional de Suicidio el grupo etario más notable en los intentos suicidas registrados en el 2010 son de 10 a 14 y de 15 a 19 años con 2918 casos, donde Holguín ocupa la primera posición con 351 casos de estos 266 están comprendidos en los rangos de edades anteriores, le sigue Matanzas con 1172 intentos suicidas, donde 301 son adolescentes, en La Habana existieron 1160 intentos, de ellos 521 estaban comprendidos entre 10-19 años. (7)

Con relación a la conducta suicida/ suicidio consumado, en el 2010 se calcularon 11566 intentos suicidas con 1411 intentos consumados para un 8,1 x 100 000 habitantes, donde Matanzas ocupa la primera posición con 1172 intentos y de ellos 111 consumados con una relación de 10,5 x 100 000, le sigue Santiago de Cuba y La Habana con 798 intentos suicidas de estos 115 suicidios con una relación de 6,9 x 100 000. En la provincia Artemisa en el trienio del 2007-2009 se reportaron 130 intentos suicidas para un 25,6 x 100 000, en Güira de Melena se constataron 28 casos, en San Antonio de los Baños con 27 casos, y posteriormente Artemisa. Hasta agosto del 2011 los intentos suicidas reportados según la Tarjeta de Declaración Obligatoria es de 104 pacientes reportados de 14 a 15 años. (6, 7)

Si a lo anterior se le suman los intentos que no acuden en busca de asistencia médica y/o no son reportados a través de las tarjetas de Enfermedades de Declaración Obligatoria, podemos concluir que, se trata de una situación que precisa atención, estudio, divulgación y búsqueda de soluciones que potencialicen la prevención de dichas conductas. (7)

El intento de suicida se encuentra registrado en el Banco de Problemas que hoy ostenta la Dirección de Salud del municipio de Alquizar y el Centro Comunitario de Salud Mental. Es por ello que es importante conocer y reflexionar sobre el tema que aborde el comportamiento suicida, sus factores de riesgo, pues les pondría en mejores condiciones de ayudarse ellos mismos y a sus iguales que se encuentren en una situación de crisis suicida y sería de gran importancia para la familia cubana actual si se comprende que como grupo primario suele ser el más afectado.

Es válido señalar la importancia de atender las señales que emiten muchos individuos antes de realizar el acto suicida y que a veces pasan inadvertidas o son acogidos erróneamente. La idea suicida de ayer probablemente sea la amenaza o intento suicida de hoy y será el suicidio de mañana. Decía Freud que “En el hombre más culto, distinguido y virtuoso se halla oculto un invertido, un incestuoso, un asesino o un suicida en estado potencial”. (14,15)

En nuestro país la mortalidad por suicidio en el adolescente en Cuba ocupa la tercera posición entre las causas de muerte para este grupo etario, este fenómeno presenta sus peculiaridades y propias condicionantes, por lo que su tasa ha ido en aumento durante los últimos años. El Ministerio de Salud Pública desde el año 1985 puso en vigor un Programa de Prevención de la Conducta Suicida, en el que se norma el desarrollo de un conjunto de acciones de salud, encaminadas a prevenir tales conductas, dicho programa ha sido priorizado para el 2015 por el MINSAP debido a la necesidad de multiplicar y profundizar en las investigaciones e intervenciones para trabajar en la prevención con eficacia. (6,7)

Planteamiento del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo de la conducta suicida que están presentes en adolescentes con este comportamiento, pertenecientes al Instituto Preuniversitario Urbano “Revolución de Octubre” del municipio Alquizar?

Hipótesis

En los adolescentes que asisten al Instituto Preuniversitario Urbano (en lo adelante I. P. U) “Revolución de Octubre” existen algunos factores de riesgos de la conducta suicida que lo diferencian del resto de los adolescentes que asisten al mismo I. P. U y no tienen dicha conducta.

Objetivos

General:

Determinar algunos factores de riesgo de la conducta suicida presentes en adolescentes con este comportamiento, pertenecientes al I. P. U “Revolución de Octubre” del municipio Alquizar, en el mes de octubre del 2011.

Específicos:

- 1- Caracterizar los grupos estudio y control según antecedentes psiquiátricos personales, familiares, consumo de alcohol, estructura familiar y la autoestima.
- 2- Determinar si los antecedentes psiquiátricos personales, familiares, estructura familiar y la autoestima se comportan como factores de riesgo de la conducta suicida.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó una investigación observacional analítica de tipo caso - control pareado en el I. P. U “Revolución de Octubre” del municipio Alquizar, provincia Alquizar, Cuba, en el mes de febrero del año 2011.

La población del estudio fueron los 157 adolescentes del décimo grado del I. P. U “Revolución de Octubre” del municipio Alquizar.

Se estudió una muestra de la población dividiéndose en dos grupos: un grupo estudio [casos con intento suicida] y un grupo control [no intento suicida].

La muestra fue de sujetos tipo intencional, en adolescentes que hubieran realizado intento suicida, y se contemplaron controles pareados a los adolescentes que no habían tenido tales conductas.

Para la selección de la muestra se tuvieron en cuenta una serie de criterios de inclusión:

Grupo estudio:

- Adolescentes que habían cometido un intento suicida entre el 1 de febrero de 2010 y el 31 de enero de 2011, siendo atendidos o no por el personal de salud mental.
- Que fueran matrícula del I. P. U. “Revolución de Octubre” del municipio Alquizar en el momento de la realización de la investigación del 1 al 28 de febrero de 2011.
- Que quisieron participar en el estudio y sus padres aceptaron su participación.
- Que completaron el cuestionario.

Se excluyeron los pacientes que:

- Habían tenido una conducta suicida anterior al mes de febrero de 2011.
- Perteneciendo a décimo grado del I. P. U. “Revolución de Octubre” del municipio Alquizar no habían asistido al Centro escolar en el tiempo del estudio.
- No habían querido participar en el estudio o sus padres no aceptaron su participación.
- No completaron el cuestionario.
- Se encontraban en el I. P. U. “Revolución de Octubre” de Alquizar, en el momento del estudio, pero no eran matrícula del Centro.

Para seleccionar al grupo control, después de tener determinado el tamaño de la muestra del grupo estudio, se pareó los dos grupos teniendo en cuenta el sexo, edad, raza y ubicación geográfica. Además se usaron algunos criterios de inclusión:

- Adolescentes que no tenían una conducta suicida previa.
- Que fueran matrícula de décimo grado del I. P. U. “Revolución de Octubre” del municipio Alquizar en el momento de la realización de la investigación del 1 al 28 de febrero de 2013.
- Que quisieran participar en el estudio y sus padres aceptaran su participación.
- Que completaron el cuestionario.
- Que pudieran ser pareados 1 a 1 con el grupo estudio.

Se excluyeron los pacientes que:

- Hayan estado asistiendo al I. P. U. “Revolución de Octubre” de Alquizar, en el momento del estudio, pero no eran matrícula del Centro.
- No completaron el cuestionario.
- No quisieron participar en el estudio o sus padres no aceptaron su participación.
- A pesar de cumplir con todos los criterios de inclusión no se pudieron parear con un adolescente del grupo estudio o sobrepasaron el tamaño de la muestra.
- Tuvieron conducta suicida previa al 1 de febrero de 2010.

La muestra, en ambos grupos, quedó constituida por 53 adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión.

Operacionalización de variables

Para la mejor comprensión del trabajo se dan algunas conceptualizaciones que consideramos pertinentes:

Variables cualitativas nominales dicotómicas:

Autoestima: se consignó como la capacidad que tiene la persona para tener confianza en sí mismo, autonomía, estabilidad emocional, eficiencia, felicidad, relaciones interpersonales favorables, expresando una conducta desinhibida en grupo, sin centrarse en sí mismos ni en sus propios problemas. (16)

Autoestima alta: cuando el adolescente respondió el ítem que indicaba que sentía

que su autoestima la tenía alta.

Autoestima baja: cuando el adolescente respondió el ítem que indicaba que sentía que su autoestima la tenía baja.

Conducta suicida: se consignó cuando el adolescente refería haber tenido idea suicida estructurada o no, amenaza suicida, gesto suicida o intento suicida. Se consideró si tenía o no conducta suicida en el tiempo en estudio.

Antecedentes psiquiátricos personales y familiares (en lo adelante APPs y APsF): se consignó si presentaba o no trastornos o alteraciones de origen psiquiátrico o psicológicos, personales o familiares, reportados en el cuestionario.

Consumo de alcohol: se consignó cuando el adolescente hizo referencia, en el cuestionario, del consumo o no de alcohol.

Estructura familiar: se consignó teniendo en cuenta con quién convivía el adolescente en el momento del estudio.

Familia incompleta: si falta un miembro de una generación o si existe matrimonio nuevo o de segundo o terceras nupcias.

Familia completa: cuando ellos están representados en el subsistema conyugal.

Procedimiento de trabajo

Después de obtener la autorización de la dirección del I. P. U. “Revolución de Octubre”, para realizar la presente investigación se citaron los padres de los adolescentes pertenecientes a décimo grado logrando de ellos y de los adolescentes su consentimiento informado para realizar la investigación (Anexo 1). Habiendo logrado su consentimiento se aplicó un cuestionario (Anexo 2) a todos los adolescentes de décimo grado donde se exploró el antecedente de haber tenido alguna conducta suicida entre el 1 de febrero de 2010 y el 31 de enero de 2011. Cuando las respuestas del cuestionario señalaron conducta suicida se identificaron como grupo estudio. Luego se buscaron a los adolescentes del grupo control, dentro del resto de adolescentes de décimo grado, que fueron los que cumplieron los elementos de pareo (sexo, raza, edad y ubicación geográfica), uno a uno, es decir por cada adolescente con intento suicida se buscó un adolescente con similares características y de forma aleatoria pero que no hubieran tenido dicha conducta. Posteriormente se les aplicó, a los adolescentes de ambos grupos, estudio y control, un cuestionario (Anexo 3).

Método de recolección de la información

Se utilizó el método teórico a través de la revisión de los fundamentos teóricos del tema, así como el estado actual del intento suicida en la adolescencia.

Además se utilizó el método empírico donde se obtuvo la información a través del cuestionario a los adolescentes. Se aplicó métodos estadísticos descriptivos e inferencial no paramétrica teniendo en cuenta el nivel de medición de las variables lo que nos permitió organizar y clasificar la información mediante tablas expresando los datos en frecuencias absolutas (Anexo 4).

Se utilizó el paquete estadístico profesional SPSS Statistics 17.0, para el procesamiento de los datos.

Para determinar si existía relación entre los grupos se utilizó el coeficiente de correlación Phi y después para verificar si se comportaban de igual manera se determinó χ^2 – cuadrado según McNemar (en lo adelante χ^2 (McNemar)) en ambas pruebas con un nivel de significación del 5%.

Se empleó una PC Pentium V, con ambiente de Windows Seven. Los textos se procesaron con Office Word 2007.

Aspectos éticos

Siendo un principio fundamental de nuestra Revolución la protección de los adolescentes, no hubo ninguna objeción por parte de la dirección del I. P. U “Revolución de Octubre” de Alquizar a la realización del estudio, brindándonos todo su apoyo.

El presente estudio forma parte del Banco de Problemas y de la línea de investigación del Centro Comunitario de Salud Mental de Alquizar y del Centro para la Atención Integral al Adolescente de Artemisa.

Recursos

Los costos de la investigación fueron asumidos por el Centro Comunitario de Salud Mental de Alquizar y el Centro para la Atención Integral al Adolescente de Artemisa en cuanto al salario y los investigadores asumieron los gastos de suministros de otros medios necesarios para la realización del mismo.

La investigación se llevó a cabo durante 28 días.

Los autores dedicaron como máximo 8 horas en dos sesiones de trabajo.

Los recursos materiales que se utilizaron fueron: equipo microordenador, fotocopidora, papelería, librería, impresora y material de oficina.

RESULTADOS

En la tabla 1 se analizó la presencia de antecedentes personales de trastornos psiquiátricos en los adolescentes del I. P. U “Revolución de Octubre” del municipio Alquizar, provincia Artemisa, Cuba en el año 2011. Tanto en el grupo estudio como en el control predominó la ausencia de estos trastornos con 99 adolescentes. Este predominio fue más marcado en el grupo control con 52 adolescentes que en el grupo estudio con 47. El Coeficiente de correlación Phi dio un valor de 0,190 y un valor de $p = 0,051$, χ^2 (Mc Nemar) de 0,00 para un valor de $p < 0,05$.

Predominó el no consumo de alcohol en el total de los adolescentes con 64. En el grupo control se pudo apreciar que el no consumo de alcohol fue de 38 mientras que en el grupo estudio fue de 26 adolescentes. En este último grupo 27 de estos adolescentes refirieron consumir alcohol. El Coeficiente de correlación Phi dio un valor de 0,231 y un valor de $p = 0,017$, χ^2 (Mc Nemar) de 0,117 para un valor de $p > 0,05$. Tabla 2.

Al explorar en la tabla 3 la presencia de trastornos psiquiátricos entre los familiares de los adolescentes incluidos en la investigación, se pudo apreciar que en la mayoría de los casos no existían estos antecedentes con 85 adolescentes. Esta característica fue más predominante en el grupo control con 49. Sin embargo en el grupo estudio 17 de los adolescentes tenían este antecedente mientras que en el control solo estuvo presente en 4 de ellos. El coeficiente de correlación Phi fue de 0,308 y el valor de p fue 0,002, χ^2 (Mc Nemar) = 0,000 para una $p < 0,05$.

En cuanto a la estructura familiar, según se refleja en la tabla 4, predominaron las familias incompletas en el grupo estudio con 37 adolescentes, mientras que en control predominaron las familias completas con 33. Esto arrojó un resultado del Coeficiente de correlación Phi de -0,322 $p = 0,001$ y χ^2 (Mc Nemar) = 0,720 para una $p > 0,05$.

Al analizar la distribución de la muestra según la autoestima de los adolescentes, se pudo observar en la tabla 5 que 47 de los adolescentes del grupo control tenían un elevado nivel de autoestima, mientras que en el grupo estudio fueron 22. Sólo seis adolescentes del grupo control tenían una autoestima baja mientras que en el grupo estudio fueron 31.

El coeficiente de correlación Phi dio un valor de - 0,495 con una $p = 0,000$ y χ^2 (Mc Nemar) = 0,089 y $p > 0,05$.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Cuando el niño llega a la etapa de la adolescencia, la cual la Organización Mundial de la Salud considera de 10-19 años, estos se enfrentan a diferentes problemáticas a resolver durante esta etapa las cuales son tareas psicológicas transcendentales que deben cumplirse exitosamente para

permitir el paso sin dificultades a la etapa de la juventud, cuando esto no sucede, de esta manera, el adolescente se encuentra en un alto riesgo de tener una conducta suicida. (2)

Siempre que se hace un estudio sobre la conducta suicida y basado en las respuestas del adolescente, se debe tener en cuenta la posibilidad de que algunos nieguen alguna manifestación de esta conducta por múltiples razones, que incluyen el mito de que todo el que piensa o intenta en suicidarse está loco, el temor a perder la posibilidad de no poder estudiar en el futuro por esta situación, el miedo a que lo etiqueten en esta etapa de la vida donde las opiniones externas y las expectativas de otros respecto a ellos posee gran significación, así como el criterio de los padres de que esas conductas son manipuladoras y no llevan al adolescente a los servicios de urgencias. En el presente trabajo se exploraron algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes con esta conducta.

Los antecedentes psiquiátricos personales constituyeron un factor de riesgo del intento suicida en los adolescentes estudiados, coincidiendo con lo encontrado en la literatura revisada donde se plantea que este antecedente personal se asocia a al intento suicida. (3, 12, 17, 18)

Se debe tener en cuenta que muchos adolescentes no dominan las enfermedades que padecen, lo cual pudiera implicar un sub registro de este factor de riesgo en la población estudiada.

Datos estadísticos a nivel mundial reflejan que el 25,6% de la población presentará en algún momento de su vida un abuso o adicción de sustancias que afectan la conducta y dentro de ellos el consumo irresponsable del alcohol. También se plantea que más del 70% de la población mundial ha probado alguna vez el alcohol y que cada 10 personas que lo consumen una persona se convierte en adicto. Anualmente mueren a nivel mundial 5 millones de alcohólicos y se conoce que el alcohol produce daños corporales a los que se añade daños interpersonales derivados de los grandes conflictos que se originan en el medio familiar, escolar, laboral y social, pues son capaces de destruir para siempre la felicidad de la familia y generar en los convivientes daños psíquicos irreversibles. (19)

En la tabla 2 se demostró que el consumo de alcohol no se comportó como factor de riesgo en la muestra estudiada, dado que no existieron diferencias significativas entre ambos grupos, lo cual no coincide con la literatura nacional e internacional revisada. (16, 20)

A pesar de que el consumo de alcohol no incidió como factor de riesgo en la conducta suicida de los adolescentes estudiados, el consumo y abuso del alcohol en Cuba ha aumentando en los últimos años, partir de una fuerte contracción económica como resultado de la caída del campo socialista y la agudización de un férreo bloqueo económico lo que hizo que a un sector de la población le fuera difícil encontrar un lugar de distracción sano refugiándose en el consumo del alcohol. Personas que hoy son los padres de los adolescentes y que pudiera, esta situación, estar funcionando como una vía al consumo de alcohol al considerar que la adolescencia es una etapa donde el individuo es más vulnerable ya sea por sus características propias de la etapa del desarrollo (impulsividad, agresividad, intolerancia a la frustración e inconsistencia escolar) o a las conductas aprendidas. (21)

El hecho de que no sea un factor un factor determinante en la población estudiada puede deberse a la corta edad de los adolescentes estudiados.

Al distribuir la muestra estudiada según los antecedentes psiquiátricos familiares en la tabla 3, se demostró que constituye un factor de riesgo, ya que existieron diferencias significativas entre los grupos de estudio y control. Tal resultado concuerda con las literaturas revisadas. (3, 15, 20, 22)

En un estudio realizado en Bayamo, Granma fueron identificados los antecedentes familiares psiquiátricos como los factores de riesgo más frecuentes entre los individuos. Los autores consideran que el factor de riesgo puede estar dado por la imitación, identificación o aprendizaje de esta conducta. Se piensa, según el resultado obtenido en la muestra analizada, que algunos de los factores de riesgo de la conducta suicida son más funcionales, es decir, de causa psicológica, social

que biológicos y psiquiátricos. Por ello los autores armonizan con otras investigaciones actuales, que cada vez tienden a coincidir en el criterio de que la conducta suicida es el resultado del acoplamiento de factores biológicos, psicológicos y sociales en tanto es multicausal y, en consecuencia, los factores que ponen a un individuo en riesgo de suicidarse son complejos, variados y se influyen (23). Además, otra de las causas que pudiera estar influyendo en dicho resultado es el desconocimiento por parte de los adolescentes de las enfermedades psiquiátricas de sus familiares, lo cual, en gran medida, se debe al temor o vergüenza que algunas familias tienen al hablar del tema o a la falta de interés del mismo.

La familia constituye pieza clave y fundamental del entramado rompecabezas que compone la formación de la relación del ser humano con la sociedad, con el medio, con el contexto en que se circunscribe. Es por ello que la familia es un elemento indisolublemente ligado a la consecución de un objetivo principal, la de formar patrones de conductas responsables. (24)

Cuando se analizó la estructura familiar se demostró que no constituyó un factor de riesgo para la conducta suicida, ya que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, no coincidiendo éste resultado con otros trabajos revisados. (19, 25, 26)

En la presente investigación, las familias que predominaron fueron las familias incompletas, coincidiendo con una investigación realizada en un área de la Habana Vieja donde en los individuos que tenían conducta suicida predominaban las familias incompletas y las restituidas. (27)

De las familias incompletas estudiadas, generalmente el familiar ausente fue el padre ya que estaban divorciados o separados. Sin embargo los autores del presente trabajo coinciden con un estudio realizado en el año 2010, en Santiago de Cuba, donde se demostró que la variable estructura familiar no influye en la realización de la conducta suicida en dichos adolescentes a pesar de los altos porcentajes de familias incompletas o restituidas. Los autores consideran además que este resultado se debe a que dolorosamente en nuestros días el divorcio y la separación de los padres es una realidad frecuente. El aumento de la divorcialidad se ha convertido en una característica notable en el ciclo de la familia cubana actual pues esta crisis paranormativa ha pasado a ser parte “natural” del ciclo evolutivo de las familias. Otro aspecto pudiera estar encausado a que la mayoría de nuestras familias cubanas no consideran lo imprescindible de sus funciones en esta etapa de la vida, ya que la adolescencia constituye una etapa única e irreplicable del desarrollo ontogenético donde el niño que aún no es un adulto no posee las herramientas y experiencias de afrontamiento para manejarlas pues la percepción que tienen, esta permeada por la propia incapacidad de la familia para instalarlas y manejarlas adecuadamente, máxime cuando estas familias tienen alteraciones en su estructura.

Cuando se analizó la tabla 5 se pudo comprobar que la autoestima no se comportó como un factor de riesgo, pues no existieron diferencias significativas entre ambos grupos, por lo que el resultado no es coincidente con otras literaturas revisadas. (1, 25)

Los resultados del presente trabajo concuerdan con un estudio realizado en Perú, donde dicha variable tampoco tuvo resultados significativos para ser considerada como un factor de riesgo. (16)

En los adolescentes con conducta suicida predominó la baja autoestima. Se pudo notar que en dichos adolescentes imperaban los ítems donde manifestaban que sus familias no los comprendían, los presionaban y esperaban demasiado, además de preferir ser otra persona. A criterio de los autores, muchos factores pueden incidir en tal resultado ya que la adolescencia es una de las fases más críticas en el desarrollo de la autoestima, pues en muchos casos los adolescentes poseen un conocimiento insuficiente y distorsionado sobre sí mismos, cuando no se sienten a gusto con sus características físicas y subjetivas, de ahí que necesite forjarse una identidad firme y conocer a fondo sus posibilidades como individuo. Otro elemento pudiera ser

la presión de adaptarse socialmente, de sacar adelante los estudios y de actuar de forma responsable en el momento en que existe la necesidad de autonomía que ha menudo choca con las normas y expectativas de los otros. Es conveniente aclarar que otro de los factores influyentes pudiera ser la inestabilidad de la autoestima como una de las características de la adolescencia, y por consiguiente su influencia ante elementos contradictorios.

CONCLUSIONES

Los factores de riesgo de la conducta suicida que estuvieron presentes en los adolescentes estudiados fueron los trastornos psiquiátricos, tanto en los adolescentes como en sus familiares. El consumo de alcohol, la estructura familiar y la autoestima no se comportaron como factores de riesgo de dicha conducta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blumenthal Susan J. Suicidio: Guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Clín de Norteam 1988; 4: 999-1002.
2. Turiño Pedraja JA, Castro Perdomo FE. Conducta suicida en niños y adolescentes. Aspectos éticos y morales. Humanidades Médicas. 2004 Ener- Abr; 4 (10). Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202004000100004&script=sci_arttext
3. Pérez Medinas M. "Principales causas de muerte". Autoayuda .Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 2009.
4. Neghe V. Adolescencia y Sociedad [Internet]. 2008 abr. Disponible en URL: <http://monografias.com/trabajo16>
5. Parada Ortiz M. "Estrategia y estilos de afrontamientos del estrés en adolescentes" Facultad de Psicología. Universidad mayor, Chile. 2006 sept;24(2):15.
6. Ministerio de Salud Pública. Informe de programas, Cuba, 2005.
7. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud. Publicación #33, 2010.
8. Gunnell D, Harbord R. Factores que influncian el desarrollo y la mejora de los pensamientos suicidas en la población en general. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2004 NOV; 185:385-393.
9. Almagro F. El comportamiento de la conducta suicida en el municipio Playa durante los años 1997, 1998 y 1999. INTERPSIQUIS. 2001. Disponible en URL: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/1579>
10. Pedrós Roselló A, Vera Albero P. Análisis epidemiológico de la conducta suicida en el área 13 de Valencia. An de Psiquiatr. 2001 FEB; 17(2):48-52.
11. Oravec R, Marco B, Rocchi L. Cambios en la temporalidad de los suicidios en Eslovenia entre 1971 y 2002. J. AFFECT DISORD. 2006; 95(1-3):135 – 140. Disponible en URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032706002138>
12. Sondergard I, Kvist K. Cambios temporales en las tasas de suicidio en personas tratadas y no tratadas con antidepresivos en Dinamarca entre 1995 y 1999. ACTA PSYCHIATR SCAND. 2006 SEP; 114(3).
13. Sudhir Kumar CT, Mohan R. Características de personas con elevados intentos suicidas admitidos en un hospital general. J AFFECT DISORD 2006 mar;91(1):77-81.
14. Pérez Martínez V. Repercusión familiar del comportamiento suicida. Rev. Cubana Med Gen Integr 2004; 20(5-6).
15. González Llana FM. Instrumentos de Evaluación Psicológica. ECIMED, La Habana, 2007.

16. Ulloa Chávez ME. Autoestima y salud mental en los adolescentes. Salud mental. 2009 sept; (19).
17. Dirección Nacional de Estadística. Situación de Salud en Cuba. Indicadores básicos de salud. 2008. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/estadisticas/htm>
18. El Suicidio en los Adolescentes. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2004Jun;(9).
19. Cúcalo, A. Algunas Consideraciones acerca de la Conducta Suicida. Facultad Miguel Enríquez. 2007
20. Torres Lico V, Rodríguez Valdés NR, Font Darias I, Gómez Arias M, García CM. Aspectos relacionados con el intento suicida en adolescentes ingresados en el Centro Nacional de Toxicología. Ministerio de Salud Pública.
21. Castillo Izquierdo G, Castro Peraza M. Hospitalización por intento suicida en niños y adolescentes. SOFTCAL Publicación Electrónica 2001.
22. Barrientos de Llano G. Conducta Suicida. En: Enfoque para un debate de salud mental. La Habana, 2008.
23. Nadkarni A, Parkin A, Dogra Ñ, Stretch DD, Evans PA. Characteristics of children and adolescents presenting to accident and emergency departments with deliberate self harm. J Accid Emerg Med 2000 Marzo;17 (2): 98-102.
24. Peláez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. Rev. Cub Obstret- Ginecol 1996:15-22.
25. Roca Bennasar M., Bernardo M. Trastornos depresivos en patologías médicas. Masson S.A., Barcelona, 1996.
26. Reyes Guibert W. El estrés y la conducta suicida. Santo Suárez, municipio 10 de octubre, ciudad de La Habana Cuba, oct/ 2006.
27. Lazarus R.S, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca;1986

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

Yo madre/padre del alumno _____ de décimo grado del Pre Universitario Urbano “Eduardo García Lavandero” del municipio Artemisa, provincia Artemisa autorizo a que éste participe en la investigación dado a que he recibido información de la misma y considero que no expongo a mi hijo/a a ninguna situación de peligro pero sólo si él/ella está de acuerdo en participar.

Adolescente

Padre/madre del adolescente

Anexo 2

Grado: No. de lista:

CUESTIONARIO (inicial)

Este es un cuestionario donde se te harán una serie de preguntas que debes responder con toda honestidad.

Muchas gracias

1. Datos de identidad

- a) Edad: ____
 b) Sexo: masculino ____ femenino ____
 c) Raza: Blanca ____ Negra ____ Mestiza ____
 d) Ubicación geográfica: Rural (campo) ____ Urbano ____

5. Conducta suicida

Has pensado en el último mes que: (Marque con una X).

- __ Que es mejor morir
 __ La muerte es la solución para los problemas
 __ La vida no vale la pena vivirla

- ☐ Te has imaginado que te has matado (de cualquier forma)
☐ Te vas a matar y no sabes cómo pero lo vas a hacer
☐ Te vas a matar de cualquier forma y ya sabes como
☐ Te vas a matar y lo has pensado muy seriamente y hasta lo has planificado
 ¿Se lo has dicho a alguien? Si ☐ No ☐
 Si es positiva la respuesta anterior: ¿A quién?
☐ Mamá ☐ Papá ☐ Otro familiar ☐ Amigo(a) ☐ Otros
 Has amenazado a alguien con matarte. Si ☐ No ☐
 Has hecho por matarte delante de alguien. Si ☐ No ☐
 Has intentado matarse alguna vez: Si ☐ No ☐
 ¿Cuándo fue la última vez que intentaste contra tú vida? _____.

Anexo 3

CUESTIONARIO

Este es un cuestionario donde se te harán una serie de preguntas que debes responder con toda honestidad.

Muchas gracias

1. Datos de identidad

b) Sexo: masculino ☐ femenino ☐

2. Antecedentes Psiquiátricos Personales.

(Marque con una X).

- ☐ Has asistido o asistes a consulta de psiquiatría o psicología.
☐ Padece o padeciste de alguna enfermedad mental. ¿Cuál? _____
☐ Has intentado matarte alguna vez: Si ☐ No ☐
☐ Has consumido alcohol (bebidas alcohólicas): Si ☐ No ☐
 Si ha consumido alcohol ¿Con qué frecuencia? ☐ Una vez a la semana
☐ Todas las semanas ☐ Una vez al mes ☐ Sólo el fin de año, un día.
 ¿Has sentido mareo cuando has consumido alcohol? Si ☐ No ☐
 ¿El Mareo es siempre que tomas? ☐ Si ☐ No
 ¿La mayoría de las veces? ☐ Si ☐ No
 ¿Cuándo ha bebido ha sentido dolor en la boca del estómago, dolor de cabeza, se daña la boca? Si ☐ No ☐
 Se orinaba o se orina en la cama después de los 5 años. Si ☐ No ☐
 Tiene problemas con el sueño: Si ☐ No ☐
 Cuál: ☐ Le cuesta trabajo quedarse dormido. ☐ Se despierta en la madrugada y no puede dormir.
☐ Se despierta más temprano de lo habitual.
☐ Pesadillas. ☐ Terrores nocturnos. ☐ Sonambulismo.
 A usted lo atendieron o atienden por ser muy: ☐ Intranquilo ☐ Tímido
☐ No se adaptó bien a la escuela ☐ Se entretenía mucho.
☐ Se orinaba en la cama. ☐ Era agresivo
 Cuando haces algo incorrecto tus padres te maltratan físicamente, te humillan o te amenazan y te gritan: Si ☐ No ☐

3. Antecedentes Psiquiátricos Familiares

___ Alguien de tu familia ha asistido o asiste a consulta de psiquiatría o psicología.

___ Padece algún miembro de tu familia alguna enfermedad psiquiátrica (mental)

Si ___ No ___ Cual _____

Conoces en tu familia a alguien que haya muerto por suicidio o haya intentado suicidarse. Si ___ No ___

4. Estructura familiar.

a) Personas con las que ha convivido el paciente el último año:

___ Padre ___ madre ___ madrastra ___ padrastro ___ padres adoptivos

___ ambos padres ___ pareja ___ otros

b) Familia: ___ completa ___ incompleta ___ restituida

___ Nuclear ___ extensa ___ ampliada

c) Ausencia de padre y/o madre:

___ Divorcio ___ Separación ___ Muerte ___ Emigración

___ Problemas de trabajo ___ Otros.

1. Autoestima.

Marca una cruz según creas tener la autoestima.

Debes tener en cuenta que la autoestima no es más que la capacidad que tienes para tener confianza en tí mismo, tener autonomía, estabilidad emocional, ser eficiente, ser feliz, tener relaciones interpersonales favorables, expresando una conducta desinhibida en el grupo, sin centrarte en tí mismo ni en tus propios problemas.

Autoestima alta ___ Autoestima baja ___

Anexo 4. Tablas.

Tabla 1. Frecuencias absolutas de APPs en adolescentes de ambos grupos.

I.P.U “Eduardo García Lavandero”, Artemisa 2012.

APPs			Total
	Grupo Estudio	Grupo Control	
Si	6	1	7
No	47	52	99
Total	53	53	106

Phi = 0,190

p=0,051

χ^2 (Mc Nemar) = 0,000

p<0,05

Fuente: cuestionario aplicado.

Tabla 2. Frecuencias absolutas de Consumo de alcohol en adolescentes de ambos grupos. I.P.U “Eduardo García Lavandero”, Artemisa 2012.

Consumo de Alcohol			Total
	Grupo Estudio	Grupo Control	
Si	27	15	42
No	26	38	64
Total	53	53	106

Phi = 0,231 p=0,017 χ^2 (Mc Nemar) = 0,117 p>0,05

Fuente: cuestionario aplicado.

Tabla 3. Frecuencias absolutas de APsF en adolescentes de ambos grupos. I.P.U “Eduardo García Lavandero”, Artemisa 2012.

APsF			Total
	Grupo Estudio	Grupo Control	
Si	17	4	7
No	36	49	99
Total	53	53	106

Phi = 0,308 p=0,002 χ^2 (Mc Nemar) = 0,000 p<0,05

Fuente: cuestionario aplicado.

Tabla 4. Frecuencias absolutas de la estructura familiar en adolescentes de ambos grupos. I.P.U “Eduardo García Lavandero”, Artemisa 2012.

Estrucutra Familiar			Total
	Estudio	Control	
Completa	16	33	49
Incompleta	37	20	57
Total	53	53	106

Phi = -0,322 p=0,001 χ^2 (Mc Nemar) = 0,720 p>0,05

Fuente: cuestionario aplicado.

Tabla 5. Frecuencias absolutas de la Autoestima en adolescentes de ambos grupos. I.P.U “Eduardo García Lavandero”, Artemisa 2012.

Autoestima			Total
	Estudio	Control	
Alta	22	47	69
Baja	31	6	37
Total	53	53	106

Phi = - 0,495 p=0,000

χ^2 (McNemar) = 0,089

p>0,05

Fuente: cuestionario aplicado.