








ORIGINAL

Caracterización clínico-epidemiológica del intento suicida

Clinical-epidemiological characterization of suicide attempts

Anaisa Rodríguez Zamora¹ , Ramona Páez Miranda¹ , Ivis Anabel Rodríguez Cruz² , Yohandra Suárez López², Milexis Sánchez Pedroso² , Lesvya Portales Robaina² 

¹Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Policlínico Comunitario “Fermin Valdés Domínguez”, Viñales. Pinar del Río, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Policlínico Universitario “Pedro Borrás Astorga”. Pinar del Río, Cuba.

Citar como: Rodríguez Zamora A, Páez Miranda R, Rodríguez Cruz IA, Suárez López Y, Sánchez Pedroso M, Portales Robaina L. Caracterización clínico-epidemiológica del intento suicida. *Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitación Interdisciplinaria*. 2022; 2:20. <https://doi.org/10.56294/ri202220>

Enviado: 26-09-2022

Revisado: 22-10-2022

Aceptado: 29-11-2022

Publicado: 30-11-2022

Editor: Prof. Dr. Carlos Oscar Lepez 

RESUMEN

Introducción: en la actualidad el suicidio ocupa un lugar entre las diez primeras causas de muerte en la mayoría de los países.

Objetivo: caracterizar clínica y epidemiológicamente el intento suicida en el municipio de Viñales en el período del 2015 al 2018.

Método: se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, el universo y la muestra coincidieron en número (80), seleccionada por un muestreo aleatorio simple no probabilístico, se aplicaron métodos teóricos, empíricos al revisar las historias clínicas y de salud familiar, además se aplicó una entrevista estructurada y el test de funcionamiento familiar; los datos se procesaron y llevaron a tablas para su mejor interpretación, se aplicó un estudio estadístico dado en números absolutos y relativos.

Resultados: predominó el sexo femenino y el grupo de edad entre 25-59 años, la mayoría tenían un nivel secundario terminada, eran casados y trabajadores. Los métodos suicidas más usados fueron los suaves, predominó la gravedad de las circunstancias baja, el mayor número de pacientes mostraron seriedad de la intención, la depresión fue el factor de riesgo más frecuente y el funcionamiento familiar resultó familias moderadamente funcionales.

Conclusiones: el intento suicida constituye un problema de salud en la población de Viñales, hay que identificar los factores de riesgos para realizar acciones de salud encaminadas a la prevención.

Palabras clave: Intento Suicida; Factores de Riesgo; Funcionamiento Familiar.

ABSTRACT

Introduction: at present, suicide is one of the ten leading causes of death in most countries.

Objective: to characterize clinically and epidemiologically the suicide attempt in the municipality of Viñales in the period from 2015 to 2018.

Method: an observational, descriptive and transversal study was carried out, the universe and the sample coincided in number (80), selected by a simple non-probabilistic random sampling, theoretical, empirical methods were applied when reviewing clinical and family health histories, in addition a structured interview and the family functioning test were applied; the data were processed and taken to tables for better interpretation, a statistical study given in absolute and relative numbers was applied.

Results: there was a predominance of female sex and age group between 25-59 years, most of them had finished high school, were married and workers, the most used suicidal methods were the soft ones, the severity of the circumstances was low, the greatest number of patients showed seriousness of intention, depression was the most frequent risk factor and family functioning was moderately functional families.

Conclusions: suicide attempts constitute a health problem in the population of Viñales, risk factors should be identified in order to carry out health actions aimed at prevention.

Keywords: Suicide Attempt; Risk Factors; Family Functioning.

INTRODUCCIÓN

El suicidio se ha convertido en un fenómeno universal, presente en todas las culturas y en todas las épocas de la historia, no obstante, en cada sociedad se han manifestado diferentes actitudes, en relación con el principio filosófico imperante, idiosincrasias, así como, las culturas, y religiones existentes en cada lugar y el grado intelectual que posee la sociedad objeto de investigación.

El concepto mismo de suicidio ha recibido múltiples acepciones, que van desde las explicaciones místicas adoptadas por las tribus primitivas, pasando por las concepciones sociales y llegando a las teorías multicausales que predominan en la actualidad.⁽¹⁾

La incidencia de este fenómeno es difícil de establecer por cuestiones metodológicas y por el subregistro vinculado con la carga social que supone para los familiares del suicida, asumir esta situación; sin embargo, se ha identificado que países como Escandinavia, Finlandia, Suiza, Alemania, Austria y los países del Este de Europa presentan tasas elevadas de suicidio por encima de 25/100 000 habitantes y países como España, Italia o Egipto presentan tasas por debajo de 5/100 000 habitantes; no obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS), alerta sobre el peligro de esta situación debido a que aproximadamente 10,2 millones de personas realizan algún intento que requiere atención médica y cerca de 30 millones estarían en riesgo aunque no busquen la atención.⁽¹⁾

En Colombia el tema del suicidio se considera un problema de salud pública, debido a que se sitúa entre las primeras causas de muerte del país. Se sustenta que el intento de suicidio es un fenómeno multicausal, no atribuible a un suceso aislado o específico,⁽²⁾ y dentro de los factores de riesgo más importantes para la consecución de un suicidio está el antecedente de intento de suicidio.⁽³⁾

En América Latina, existe variación en las tasas entre los distintos países, generalmente se encuentran entre baja y media, pero se han producido incrementos sostenidos en países como El Salvador, Uruguay y Venezuela. Se estima que entre el 2 y 12 % de la población joven ha tratado de quitarse la vida, y constituye un motivo frecuente de consulta en salud mental y un grave problema para la salud pública.⁽⁴⁾

Se están realizando numerosos esfuerzos por desarrollar estrategias de prevención, particularmente en la población joven, en la que las tasas de suicidio han aumentado a nivel mundial, a diferencia de la población adulta, donde se ha visto cierta disminución en varios países. Se ha informado de que la prevalencia de ideación, planificación e intento de suicidio en adolescentes en Estados Unidos es de 12,1 %, 4 % y 4,1 % respectivamente. En Chile, las estadísticas publicadas superan ampliamente las cifras internacionales, reportándose una prevalencia de vida de intento suicida en adolescentes de entre el 19 % y el 26,3 % en la región metropolitana y de 25,6 % en Concepción.⁽⁴⁾

En la actualidad el suicidio ocupa un lugar entre las diez primeras causas de muerte en la mayoría de los países y cada día cerca de 1110 personas se suicidan en el mundo y lo intentan cientos de miles de cualquier cultura, religión, etnia o posición económica.^(5,6,7)

Las estadísticas mundiales de suicidio de acuerdo con la edad refieren que las tasas de intento suicida entre los jóvenes van en aumento en todos los países.^(4,8)

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los Estados Unidos de Norteamérica en el 2010 el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años, es una de las cinco principales causas de muerte hasta los 34 años de edad y hasta los 44 años está entre las 10 primeras, disminuyendo en importancia a partir de estos grupos de edad.⁽⁸⁾

Se estima que en este mismo país por cada muerte por suicidio hay 25 intentos fallidos; de éstos, la más alta proporción corresponde a adolescentes, llegando incluso a alcanzar de 100 a 200 intentos de suicidio fallidos por cada uno consumado.⁽⁶⁾

Se plantea que cada 42 segundos alguien hace un intento suicida con ocurrencia del suceso, cada 17 minutos sobre todo en personas entre siete y 14 años de edad, los que en determinado momento de su existencia sienten que la vida no tiene sentido por diferentes causas, al tomar con opción el suicidio para ellos lo cual es una amenaza potencial contra la resiliencia.^(1,3)

La resiliencia es la combinación de factores que permiten a un ser humano afrontar y superar problemas de la vida, hacer frente a las adversidades, superarlas y ser transformado de manera positiva por ellas.⁽¹⁾

En Canadá, Estados Unidos y Cuba, más del 60 % de los suicidios en ambos sexos ocurre entre los 15 y los 44 años, y declina a partir de los 45.⁽¹⁾

Al considerar la situación de países como Guyana, Trinidad y Tobago, Uruguay, Cuba y Canadá, donde existen

tasas elevadas de mortalidad, aspecto que precisa análisis y estudios psicosociales profundos, pues estos países son de los que presentan en general los mejores indicadores de salud de todo el continente.^(9,10,11,12)

La tasa de mortalidad por suicidio en Cuba se incrementó en los años 80 con niveles superiores a 20 × 100 000 habitantes hasta los primeros años de la década de los 90, por lo que este comportamiento se convirtió en la 8va causa de muerte de los cubanos.^(6,7)

Los cubanos que viven en un medio rural, son los que más se suicidan y los que menos lo hacen son los que viven en las ciudades.^(6,7)

A partir del 2010 según el anuario estadístico cubano las lesiones auto infligidas han pasado de la séptima causa de muerte a la novena. En el país la tasa de suicidios se ha mantenido del 2011 al 2013 por debajo de 15 por cada 100 000 habitantes mientras que el intento suicida fue en aumento.^(6,7)

Los intentos suicidas interesan mucho a la investigación como objetivo de la misma, ya que son los sobrevivientes más cercanos al suicidio consumado, y por lo tanto, son fuente de información acerca de lo que le ocurre a un sujeto que no desea vivir a continuación se muestra como se ha comportado este aspecto en Cuba y en nuestra la provincia de Pinar del Rio en estos últimos años^(4,8)

La provincia en este aspecto como podemos apreciar ha tenido un increíble aumento llegando a cifras abismales para mi entender, por lo que desde mi municipio he querido desarrollar este tema investigando un poco más.

Por los aspectos anteriormente explicados lo anterior referido, se declara por la autora como objetivo, caracterizar clínico-epidemiológicamente el intento suicida en el municipio de Viñales, en el periodo comprendido desde enero de 2015 hasta diciembre.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal con el propósito de caracterizar los aspectos clínicos y epidemiológicos de los pacientes con intento suicida en el municipio de Viñales en el período comprendido de enero del 2015 a diciembre 2018.

Universo de estudio: el universo estuvo constituido por 80 pacientes, el 100 % de intentos suicidas en el período señalado que cumplieron los siguientes requisitos de inclusión y exclusión.

La muestra coincide con el universo de los 80 pacientes.

Obtención de la información: se revisaron las historias clínicas familiares e individuales de los pacientes que cometieron intentos suicidas incluidos en el estudio que se encontraban en los Consultorios de los Médico de Familia del Municipio Viñales. Se aplicó una entrevista estructurada a la totalidad de la muestra y la Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL).

Una vez que el paciente dio su consentimiento de participación en la investigación se hizo la entrevista al mismo y si fue necesario a algún familiar si fue necesario. Se llenó el Modelo de Encuesta y Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL. Con esa información y la revisión detallada por el investigador principal de las historias clínicas familiares e individuales de los pacientes que cometieron intentos suicidas incluidos en el estudio que se encontraban en los Consultorios de los Médico de Familia del Municipio Viñales, se recogió la información necesaria para el estudio pasándose a una sábana estructurada por variables, donde se plasmó la información de cada paciente.

La información se procesó mediante el SPSS 21.0 empleando métodos de estadística descriptiva (frecuencia absoluta y relativa porcentual)

A todo paciente que había realizado intento suicida en el municipio Viñales y cumplió con los requisitos de inclusión se le explicó la investigación que se está realizando, su importancia, utilidad y la confidencialidad que se tendría con la misma. Una vez explicados los pormenores y la responsabilidad individual de cada cual, si aceptó participar en el estudio se le recogió por escrito su voluntariedad de participar, aclarándose siempre que, en caso de no querer hacerlo, ello no tendría repercusión alguna en su atención médica, ni influiría en la relación médico-paciente.

RESULTADOS

El sexo femenino fue mayoritario en los pacientes con intentos suicidas en el periodo estudiado representando un total de 62 pacientes para un 77,5 %; quedando el sexo masculino con un total de 18 pacientes representando un 22,5 %.

Analizando el total de pacientes se aprecia que el grupo de edad mayoritario fue el de 25 a 59 años con casi la mitad de los casos, seguido por el de 15 a 24 años, con un 47,5 % y 40 % respectivamente.

Se describen los pacientes con intento suicida según escolaridad, se observa que el 55,0 % alcanzaron un nivel de secundaria terminada.

El estado civil es una variable de gran importancia cuando se trata de analizar condiciones de riesgo que apoyen de manera positiva o negativa las conductas suicidas. En la tabla 3 se exponen los resultados relacionados con el estado civil, donde el 41,2 % aparecen como casados, seguidos por un 39,7 % de solteros.

Hubo un predominio del intento suicida en los trabajadores con un 33,7 %, seguido de amas de casa y estudiantes en igual proporción 30,8 %.

Tabla 1. Pacientes con intento suicida según método utilizado y sexo

Métodos utilizados	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Suaves	55	68,7	11	13,7	66	82,5
Duros	7	8,7	7	8,7	14	17,5
Total	62	77,5	18	22,5	80	100,0

En este estudio el método más utilizado para el intento suicida en el total de pacientes del municipio Viñales, fueron los métodos suaves o poco letales con un 82,5 %, no existiendo diferencias en cuanto al sexo (tabla 1).

Tabla 2. Pacientes con intento suicida según gravedad de las circunstancias y sexo

Gravedad de las circunstancias	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Nula	20	25,0	0	-	20	25,7
Baja	34	42,5	5	6,2	39	50,0
Moderada	5	6,2	12	15,0	17	21,2
Alta	3	3,7	1	1,2	4	5,1
Total	62	77,5	18	22,5	80	100,0

En la tabla 2 se exponen los resultados relacionados con la gravedad de las circunstancias y el sexo, se obtuvo baja en un 50 % la gravedad de las circunstancias, con un predominio de esta en ambos sexos.

Tabla 3. Pacientes con intención suicida según seriedad de la intención suicida

Seriedad de la intención suicida	Total	
	No.	%
No serio	13	16,7
Poco serio	19	24,4
Serio	44	55,0
Muy serio	4	5,1
Total	80	100,0

Tabla 4. Pacientes con intención suicida según factores de riesgo presentes

Factores de riesgo de la intención suicida	Total	
	No	%
Depresión	22	27,5
Intentos suicidas anteriores	17	21,8
Antecedentes familiares de Intentos suicidas	15	19,5
Antecedentes trastornos psiquiátricos	13	16,7
Antecedentes familiares de Suicidio	6	7,7
Soledad	3	3,8
Alcoholismo	3	3,8
Enfermedad maligna	1	1,3

Los resultados de los pacientes con intención suicida según seriedad de la intención suicida, se representan en la tabla 3, donde el 55 % se reconoce como serio.

Se detectó que el 27,5 % de la muestra tiene el antecedente de padecer depresión, seguido de un 21,8 % que presentaron intentos suicida anteriores (Tabla 4).

En la tabla 5 se recoge como se encontraba el funcionamiento familiar por cada familia en el momento del intento suicida en el municipio de Viñales. Se observa que existe un predominio de las familias moderadamente funcionales, para un 56,2 %, le sigue en frecuencia las familias disfuncionales, en 18 pacientes (23,1 %). Existe casi la misma prevalencia de familias funcionales (21,8 %).

Funcionamiento familiar	No.	%
Disfuncional	18	23,1
Moderadamente funcional	45	56,2
Funcional	17	21,8
Total	80	100,0

DISCUSIÓN

Por edades y sexos de conjunto también son los grupos de 15 a 24 años y los de 25 a 59 años los que más proporciones presentaron de intentos suicidas en ambos sexos.

Diferentes autores han realizado estudios donde analizan el comportamiento de las variables sexo y edad en pacientes con intento suicida. Cuando comparamos los resultados obtenidos por otros autores, también se observa que predomina el sexo femenino sobre el masculino en cuanto a ideación e intento suicida.⁽¹³⁾

Las estadísticas mundiales de suicidio de acuerdo con la edad refieren que las tasas de intento suicida entre los jóvenes van en aumento en todos los países. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los Estados Unidos de Norteamérica el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años, es una de las cinco principales causas de muerte hasta los 34 años y hasta los 44 años está entre las 10 primeras, disminuyendo en importancia a partir de estos grupos de edad.⁽⁴⁾

Sin embargo, en nuestra investigación encontramos que predominó también el grupo de los jóvenes de 15 a 24 años desplazando a un segundo lugar a los adultos jóvenes (25 a 59); mostrándonos una semejanza y a la vez alarma ya que no era así en el periodo comprendido de 2011 al 2013 en Cuba.^(6,7)

El nivel escolar es una variable que se describe como un factor importante en los pacientes con intento suicida, comportándose, en la mayoría de los casos de manera directamente proporcional al número de intentos suicidas.

Estos resultados son similares a los encontrados en un artículo revisado, donde se estudiaron 85 pacientes que realizaron intento suicida, durante enero y junio de 2003. En dicha investigación predominó la escolaridad de secundaria terminada (49 %).⁽¹⁴⁾

En la mayoría de la literatura consultada existe un predominio de intento suicida en los pacientes de menor grado escolar, contrario a lo encontrado en nuestra investigación donde existe mayor predominio en los niveles de secundaria terminada y pre universitario terminado coincidiendo parcialmente estos datos con los de un estudio, que recoge que el paciente alcanzó estudios básicos o inacabados (78,3 %).⁽¹⁵⁾

Estos resultados concuerdan con otros estudios realizados tanto en nuestro ámbito,^(16,17) como fuera de nuestro país,^(4,12,18) y son equivalentes a los obtenidos en nuestra investigación donde el resultado final fue la preponderancia de las mujeres con secundaria terminada.

Las personas que viven solas ya sea porque enviudaron, se divorciaron o por abandono familiar constituyen grupos de riesgo de conductas suicidas.

Los resultados obtenidos no se corresponden con lo encontrado por algunos investigadores. Según estos autores las personas "casadas/unión libre" presentan las prevalencias más bajas y los «separados/divorciados», las más elevadas.⁽¹⁸⁾

En artículo revisado se encontró que las personas viudas y solteras presentaban tasas de suicidio más elevadas que las casadas y que el matrimonio era un factor protector frente al suicidio. Hasta ahora el matrimonio es un indicador de buena situación social, sin embargo, es un hecho socialmente determinado, pues en Pakistán, India y Hong Kong el matrimonio es un factor de riesgo para el suicidio femenino debido a la discriminación social, legal y económica que sufre la mujer en esos países.⁽¹⁸⁾

Por otra parte, en artículos donde se habla acerca del manejo del intento suicida, refiere que los problemas conyugales acentúan notablemente el comportamiento suicida; coincidiendo esto con lo encontrado en una investigación, en cuanto a factores de riesgo, donde observó que en los intentos suicidas predominó el conflicto matrimonial con 24 casos, para el 39,3 %.⁽¹⁰⁾ En ese estudio los pacientes con pareja representan más de la

mitad de la muestra, coincidiendo también con nuestro estudio donde fueron mayoritarios.

Se recoge como resultados en un estudio realizado en Madrid, en el 2004, que el paciente tipo resultó ser una mujer, de edad media, que vive acompañada (con su pareja o en familia).⁽¹⁹⁾ Ello coincide con lo hallado en este estudio donde la proporción de mujeres con pareja presentaron la mayor proporción de intentos suicidas en ese sexo.

Se observan resultados similares a los nuestros en el estudio de 80 pacientes que presentaron IS de la Peña et al.⁽¹⁶⁾, donde se observó que hubo predominio del estado civil soltero, 57 pacientes para un 69,5 %, seguido de los casados.

Herrera⁽²⁰⁾, Torres et al.⁽²¹⁾ en su investigación obtuvieron resultados equivalentes a los nuestros. Lo anterior encontrado por los investigadores, comparado con los resultados de nuestro trabajo nos lleva a concluir que, si hasta hace poco se consideraba el matrimonio como factor protector, este ya no está cumpliendo la misma función pues encontramos al grupo de los casados con alta incidencia de intentos de suicidio.

Llama la atención el alto índice de intento suicida entre los trabajadores, aunque debemos recordar el predominio del grupo de edades entre 25 y 59, los cuales se encuentra en edad laboral, desde la secundaria básica, siendo este el nivel escolar predominante en los pacientes estudiados.

En el ámbito mundial, las tasas de intento suicida son más elevadas en aquellos países donde se producen fenómenos de desempleo, desarraigo familiar, social y emigración. La asociación entre la precariedad laboral y la conducta suicida parece deberse a causas económicas y de apoyo social y familiar que producen una mayor vulnerabilidad frente a las enfermedades mentales.⁽²²⁾

El riesgo de suicidio aumenta en jubilado o trabajador con situación laboral inestable. La pérdida de empleo o el desempleo por grandes períodos son más atribuibles a fracasos individuales que a problemas sociales y resultan en problemas de identidad, pérdida de control, desamparo y depresión.⁽²²⁾

El varón puede reaccionar con agresividad, conductas de riesgo, violencia, consumo de sustancias y suicidio, por otro lado, las mujeres son más vulnerables a estrategias adaptativas poco adecuadas como inexpresividad emocional, no solicitar ayuda e intento suicida.

Autores refieren que los niveles más bajos de disponibilidad de recursos muestran las prevalencias más elevadas de conducta suicida en todo el mundo. Por ejemplo, los que no trabajaron en los últimos 30 días, los desempleados, los que perciben muy bajos ingresos y los que tienen peores condiciones de vivienda presentan mayores prevalencias de ideación, plan e intento de suicidio.⁽²³⁾

Con lo que están de acuerdo otros investigadores⁽²⁴⁾ en un estudio realizado en 85 pacientes que intentaron suicidarse, donde predominó el sexo femenino, dedicadas preferentemente al estudio o como amas de casa. Ello coincide con nuestros resultados.

A diferencia de lo anterior descrito por los diferentes autores, en nuestro país el intento suicida no está tan determinado por la disponibilidad de recursos y mucho menos por el desempleo pues existe una baja tasa de este.

En otro de los artículos revisados, se refiere que los trabajadores tienen unas necesidades asistenciales específicas por sufrir elevados niveles de alcoholismo, dependencia de drogas, rupturas matrimoniales, enfermedad mental y suicidio.

Se observan resultados similares en el estudio donde el 39,7 % de los pacientes atendido se encontraban activos laboralmente. Siendo estos datos equivalentes a los obtenidos en nuestro estudio.⁽²⁵⁾

Los métodos suaves o poco letales más usados fueron la ingestión de psicofármacos, sobre todo ansiolíticos como el meprobamato, clordiazepóxido, nitrazepam, diazepam y antidepresivos como la trifluoperazina. Fueron consumidos además para el intento suicida otros fármacos como el dimenhidrinato; otro método suave usado fue la ingestión de insecticida.

Los métodos duros o letales que más se usaron fueron la sección de vasos sanguíneos, quemaduras y el ahorcamiento.

En la elección del método de suicidio influyen múltiples factores además del sexo, como son: la cultura, tradiciones, religión y modo de vida entre otros. Por ejemplo, en Estados Unidos las armas de fuego fueron el método más común entre hombres y mujeres a partir de los 60 años de edad. Se reconoce que en el mundo este método es utilizado con mayor frecuencia tanto por hombres como por mujeres. Las tasas de suicidio por armas de fuego varían según la disponibilidad y las reglamentaciones locales sobre tenencia de armas, siendo la razón por la cual nuestros resultados difieren de los encontrados por otros autores.^(26,27,28)

En otros países es más común el ahorcamiento y en China se recoge el envenenamiento por plaguicidas como el más frecuente.⁽¹⁸⁾ En casi todos los estudios revisados las mujeres tienden a adoptar métodos "más suaves", mientras los hombres eligen métodos "más violentos".⁽²⁹⁾

Los resultados epidemiológicos obtenidos en nuestra investigación coinciden ampliamente con toda la bibliografía consultada.

El método más utilizado por el sexo femenino fue la ingestión de psicofármacos. En relación con el suicidio, predominó el sexo masculino con el método de ahorcamiento y la ingestión de órgano fosforados, métodos que son considerados "duros" y altamente letales.⁽¹⁷⁾

En concordancia con los resultados obtenidos, artículos revisados tienen resultados similares. El método más usado en su investigación fue la ingestión de psicofármacos, benzodicepinas y antidepresivos.^(15,16) Otros investigadores también están de acuerdo con que se utiliza en primera opción los psicofármacos, seguidos de órgano fosforado, insecticidas y ahorcamiento.

En contraste se puede observar que existe un predominio del sexo masculino en la gravedad moderada (el intento suicida ocurre en circunstancias que usualmente contribuyen a la consumación del suicidio, aunque existe alguna posibilidad de evitarlo).

La gravedad de la circunstancia baja, como se analizó anteriormente, tuvo un comportamiento superior en la investigación, pues los pacientes no lo anunciaron como en la gravedad de la circunstancia nula, pero tampoco tomaron precauciones como en la gravedad de la circunstancia moderada, por lo que son fácilmente descubiertos y solo excepcionalmente puede llegar a la consumación.

La gravedad de las circunstancias se correlaciona con la intención letal, sobre todo cuando se utilizan métodos violentos. En las intoxicaciones con medicamentos, la relación no es tan alta por estar mediatizada por los conocimientos toxicológicos del paciente.⁽³⁰⁾

La gravedad baja de las circunstancias se traduce en que excepcionalmente estos pacientes llegarían al suicidio, sin olvidar que es un mito eso de que "quien lo dice no lo hace".

Frecuentemente el suicida da indicios verbales directos e indirectos de su intención suicida: lo había consultado con el médico el mes anterior al suceso, o había comentado con alguien su deseo de morir, o había hecho una amenaza declarada de suicidio, lo cual se corresponde con la gravedad nula, donde el paciente con ideación suicida anuncia sus ideas de autoagresión, lo realiza en un lugar que puede ser fácilmente descubierto, por lo que el intento suicida ocurre en circunstancias en que de ningún modo puede contribuir al suicidio.^(31,32)

Este comportamiento se manifiesta de igual manera en el estudio realizado por Oquendo, donde predominio de la gravedad baja, donde el paciente conoce que existe alguna posibilidad de evitar el suicidio.⁽¹¹⁾

La existencia de un predominio del sexo femenino en la gravedad baja, y del sexo masculino en la gravedad moderada no es asombrosa pues así se comporta epidemiológicamente en la literatura consultada^(31,32) También es similar a lo encontrado en estudios consultados, que la gravedad alta sea poco frecuente.

Se encontró la proporción más elevada de la gravedad alta en el sexo masculino, coincidente a lo descrito en la literatura, donde describe que es más frecuente en el sexo masculino, quienes son los que más se suicidan, usan métodos más violentos que las féminas y buscan el momento más apropiado para cumplir sus ideas suicidas.^(11,31,32)

La intencionalidad letal es mayor con la premeditación, cuando se "dejan las cosas en orden", o "la redacción de una nota de despedida" y sobre todo cuando "se toman medidas para poder ser rescatado". En cambio, dejar pistas, incluso la demanda de ayuda, y en parte también la impulsividad, relativizan el riesgo letal.

Analizando la seriedad de la intención según sexo en los pacientes con intento suicida en el municipio de Viñales, se observó que existe mayor número de pacientes que mostraron seriedad, (existencia de verdadera intención de morir, pero se comprueban atenuantes) en la intención del suicidio, con su máxima expresión para ambos sexos, más de la mitad de los intentos en cada sexo.

Es frecuente cierta disociación entre la intención de morir expresada por el sujeto y el resultado lesional del intento suicida. Las tentativas graves tienden a minusvalorar su intencionalidad.^(31,32)

Es de destacar que la seriedad nula, (no existe intención alguna de suicidio, el individuo realiza el acto llevado por un impulso no premeditado y de poca intensidad o con la intención de obtener alguna ganancia), presentó proporciones muy parecidas en ambos sexos al igual que los categorizados como Muy serios.

(Existe verdadera intención de morir, solamente por un hecho casual e inesperado no se llega a la consumación de este), felizmente con muy baja proporción en ambos sexos.

No es habitual que la representación femenina tenga una tentativa suicida seria, ni muy seria igualada con el sexo masculino, artículos revisados describen que es más frecuente en los hombres, quienes son los que más se suicidan, usan métodos más agresivos y tienen intenciones más serias de morir que las mujeres.⁽³³⁾

Se han analizado variables de muy diferente naturaleza como factores de riesgo implicados en la vulnerabilidad para el desarrollo de ideación y conductas suicidas, aunque se desconoce el peso de cada uno por separado y las interacciones que puedan establecer entre sí.

Se ha asociado frecuentemente a la conducta e ideación suicida. Así, en niñas, la presencia de depresión mayor es el factor de riesgo más importante, seguido del intento de suicidio previo, mientras que en niños, es el intento de suicidio previo, seguido de depresión, abuso de sustancias y trastornos de conducta.⁽³⁴⁾

La presencia de sintomatología depresiva aumenta el riesgo en ambos sexos, y se observa que los trastornos depresivos están presentes en el 49 %-64 % de los adolescentes que se suicidan y que es la patología más prevalente.⁽³⁵⁾

En una revisión sobre el tema, se habla de que la depresión mayor incrementa el riesgo de suicidio hasta 12 veces, especialmente si la desesperanza es uno de los síntomas.⁽³⁾

Algunos estudios ponen de manifiesto que aproximadamente el 50 % de los adolescentes que llevan a cabo un intento de suicidio serio han cometido al menos un intento previo.⁽³⁸⁾ Datos similares describe un artículo donde se recoge que la prevalencia de un episodio depresivo mayor en esta población fue de 41,9 %. El mismo estuvo asociado con sexo femenino, edad mayor de 35 años y antecedente personal de enfermedad psiquiátrica.⁽¹⁴⁾

José A. Barrionuevo, de la Universidad de Buenos Aires, en su escrito se refiere a que las conductas suicidas pueden acompañar a muchos trastornos emocionales como la depresión, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Así pues, más del 90 % de todos los suicidios se relacionarían con trastornos emocionales u otras enfermedades psiquiátricas.⁽³⁶⁾

Estos resultados son similares a los reportados en una investigación, donde se demostró que la mitad de los encuestados (51 %) reportaron haberse sentido deprimidos al menos una vez la semana anterior y 40 % dijo haberse sentido solo. En este mismo trabajo, 8,3 % de los encuestados confesó haber intentado suicidarse.⁽³⁾

En otro de los artículos revisados, se obtuvo que el 36,4 % de la muestra presentó uno o dos intentos suicidas previos, el 86,8 % tenía diagnóstico psiquiátrico y el 54 % de los encuestados presentaban trastorno psiquiátrico en el momento del estudio.⁽³⁸⁾

Guibert et al.⁽²²⁾ también encuentran antecedentes patológicos personales de intento suicida anterior en 29 pacientes para el 35,37 %, así como antecedentes patológicos familiares de intento suicida en 33 pacientes para el 40,74 %, en el estudio realizado.⁽²³⁾

Se detectó equivalencia de estos resultados con los de otros autores, quienes refieren que la incidencia de antecedentes familiares de intento suicida y trastornos psiquiátricos fue alta y dentro de las enfermedades psiquiátricas predominaron los trastornos situacionales depresivos y ansiosos.⁽²⁹⁾

En la inmensa mayoría de la bibliografía consultada acerca del intento suicida se señalan diferentes factores de riesgo: soledad, salud precaria, depresión, alcoholismo, baja autoestima, desesperanza, sentimientos de rechazo familiar y social. También se considera el antecedente de daño dirigido hacia sí mismos y la incapacidad para resolver problemas, principalmente los de tipo social. Asimismo, entre 45% y 70% de quienes intentan el suicidio sufren principalmente de depresión, con rasgos de impulsividad y agresividad, y trastornos de la personalidad y alcoholismo.^(14,16,19,33)

La familia es para el individuo un valor de alto significado y compromiso personal y social, fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud. La vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su inicio.⁽³⁷⁾

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social.⁽³⁷⁾

Aunque en nuestro estudio no predominen las familias disfuncionales, sino las moderadamente funcionales, esto es un signo de alarma para el médico de la familia pues indica que hay problemas, en los cuales hay que trabajar y prestar atención pues constituye un factor de riesgo y uno de los más importantes recogidos en los pacientes con intento suicida.

Debemos resaltar que casi la mayoría de la muestra cometió el intento suicida por problemas familiares, ya sea con esposo u otra persona (madre, padre). El funcionamiento familiar es un factor de riesgo importante, con un predominio de regular y malo en la mayoría de los núcleos familiares de los pacientes que realizaron intento suicida, así como también la presencia de crisis familiares no transitorias en la totalidad de la muestra, con predominio de las crisis por desorganización y desmoralización, además de un marcado deterioro de las relaciones familiares.

Autores plantean que la depresión mayor, los sentimientos de culpa y/o desesperanza y el hogar desorganizado fueron los factores de riesgo principales que antecedieron al acto suicida.⁽³⁴⁾

En la investigación realizada, se pudo observar que un factor de riesgo determinante en la ideación suicida fue la "sintomatología depresiva", y se confirma que el factor precipitante más frecuente es el conflicto familiar y la violencia intrafamiliar, donde se pone de manifiesto relaciones discordantes y hostiles entre los dos padres o entre éstos con sus hijos. Otras alteraciones más sutiles pueden ser una disciplina dura o incoherente (en la que hay disparidad entre los padres) o un control y una supervisión inefectivos con falta de límites para los adolescentes y enfermedad psiquiátrica familiar.⁽¹⁷⁾

Se encontraron resultados similares a los nuestros. Ellos realizaron una amplia investigación con la finalidad de relacionar la salud emocional de los individuos y el funcionamiento de la familia. La conclusión más importante fue que la salud emocional positiva de los hijos estaba estrechamente relacionada con una relación conyugal cariñosa y proveedora de seguridad lo que no dependía necesariamente de que los padres fueran emocionalmente sanos como individuos.⁽³⁸⁾ Y dice además que la calidad de las relaciones familiares regula el desarrollo del grupo familiar como un todo.

CONCLUSIONES

Se concluye que el intento suicida constituye un problema de salud en la población de Viñales, hay que identificar los factores de riesgos para realizar acciones de salud encaminadas a la prevención.

En el estudio hubo un predominio del sexo femenino y del grupo de edad entre 25-59 años, la mayoría tenían un nivel secundario terminado, era casados y trabajadores. Los métodos suicidas más usados fueron los suaves o poco letales, predominó la gravedad de las circunstancias baja, el mayor número de pacientes mostraron seriedad de la intención, la depresión fue el factor de riesgo más frecuente y el funcionamiento familiar resultó familias moderadamente funcionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caracterización del intento suicida en adolescentes desde un centro comunitario de salud mental. Revista archivo Medico de Camagüey AMC. 2018; 22(4).

2. Marrero Bárcenas Y, Álvarez Morales, Farray González M. La Familia Y El Comportamiento Del Intento Suicida. Revista de Ciencias Médicas La Habana. 2009;15(3).

3. Cruz Rodríguez E, Moreira Ríos I, Orraca Castillo O. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, Pinar del Río. Rev. de Ciencias Médicas. 2011;15(4).

4. Ardiles-Irarrázabal R, Ildefonso LMG, Acevedo FMO, Olivares TP, Araya AFS, Carvajal CBV. Necesidad de potenciar la inteligencia emocional ante el riesgo de suicidio en estudiantes de enfermería. Salud, Ciencia y Tecnología 2022;2:136. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2022136>.

5. Aspectos psicológicos del intento suicida. Rev de Psicopatología y Psicología Clínica. 2017; 22(1): 33-42.

6. Ardiles-Irarrázabal R, Pérez-Díaz P, Valencia-Contrera M, Ageno RS. Autoestima e Inteligencia emocional de rasgo en el retorno presencial estudiantil de enfermería. Salud, Ciencia y Tecnología 2023;3:337-337. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023337>.

7. Guibert Reyes W. El suicidio Un tema complejo e íntimo. La Habana, Cuba: Editorial Científico - Técnico; 2002

8. Gorguet Pi I. ¿Cómo evitar el suicidio?, Santiago de Cuba, Cuba: Editorial Oriente, 2012

9. La conducta suicida y sus condiciones de riesgo. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas. 2015;40(1).

10. Cortés Alfaro A, Aguilar Valdés J. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. Rev. cuba. med. gen. Integr. 2011;27(1):33-41.

11. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder; third edition. Arlington (VA), American Psychiatric Association; 2010.p.152.

12. García Santiesteban J, Piñeda Ramírez A. Intento Suicida y Adolescencia: una mirada teórica al fenómeno. Rev Electrónica. 2011;36(1).

13. Council of Europe. Parliamentary Assembly. Child and teenage suicide in Europe: A serious public-health issue [Internet]. Strasbourg: Parliamentary Assembly, Council of Europe. 2008.

14. Dávila Cervantes CA, Luna Contreras M, Dávila Cervantes CA, Luna Contreras M. Intento de suicidio en adolescentes: Factores asociados. Revista Chilena de Pediatría 2019; 90:606-16. <https://doi.org/10.32641/rchped.v90i6.1012>.

15. Massing-Schaffer M, Nesi J. Cybervictimization and Suicide Risk in Adolescence: An Integrative Model of Social Media and Suicide Theories. Adolescent Res Rev 2020; 5:49-65. <https://doi.org/10.1007/s40894-019-00116-y>.

16. Kleiman EM, Glenn CR, Liu RT. Real-Time Monitoring of Suicide Risk among Adolescents: Potential Barriers, Possible Solutions, and Future Directions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2019; 48:934-46. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1666400>.

17. Torres Lio-Coo V, Josué Díaz L, Rodríguez Valdés NR, Font Darías I, Gómez Arias MB. Conducta suicida en pacientes atendidos en un Centro de Urgencias. *Rev Cubana Med Milit.* 2005;34(3).

18. Ventura-Juncá R, Carvajal C, Undurraga S, Vicuña P, Egaña J, Garib MJ. Prevalence of suicidal ideations and suicidal attempts among adolescents living in Metropolitan Santiago. *Rev Med Chile.* 2010; 138(3):309-315. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300008>

19. Lozano Serrano C, Huertas Patón A, Martínez Pastor C, Ezquiaga Terrazas E, García-Camba de la Muela E., Rodríguez Salvanés F. Estudio descriptivo del para suicidio en las urgencias psiquiátricas. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2004; 91. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352004000300002>

20. O'Connor MJ, Portnoff LC, Lebsack-Coleman M, Dipple KM. Suicide risk in adolescents with fetal alcohol spectrum disorders. *Birth Defects Research* 2019;111:822-8. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1465>.

21. Van Meter AR, Paksarian D, Merikangas KR. Social Functioning and Suicide Risk in a Community Sample of Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2019;48:273-87. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1528549>.

22. Moselli M, Casini MP, Frattini C, Williams R. Suicidality and Personality Pathology in Adolescence: A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev* 2023; 54:290-311. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01239-x>.

23. Sisler SM, Schapiro NA, Nakaishi M, Steinbuchel P. Suicide assessment and treatment in pediatric primary care settings. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2020; 33:187-200. <https://doi.org/10.1111/jcap.12282>.

24. Horowitz LM, Mournet AM, Lanzillo E, He J-P, Powell DS, Ross AM, et al. Screening Pediatric Medical Patients for Suicide Risk: Is Depression Screening Enough? *Journal of Adolescent Health* 2021; 68:1183-8. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.01.028>.

25. Horowitz L, Tipton MV, Pao M. Primary and Secondary Prevention of Youth Suicide. *Pediatrics* 2020;145:S195-203. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2056H>.

26. McGorry PD, Mei C, Chanen A, Hodges C, Alvarez-Jimenez M, Killackey E. Designing and scaling up integrated youth mental health care. *World Psychiatry* 2022;21:61-76. <https://doi.org/10.1002/wps.20938>.

27. Thom R, Hogan C, Hazen E. Suicide Risk Screening in the Hospital Setting: A Review of Brief Validated Tools. *Psychosomatics* 2020;61:1-7. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2019.08.009>.

28. Fallucco EM, James L, Smotherman C, Greco P. Impact of Experiential Training With Standardized Patients on Screening and Diagnosis of Adolescent Depression in Primary Care. *Journal of Adolescent Health* 2019;65:57-62. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.12.022>.

29. Sall J, Brenner L, Millikan Bell AM, Colston MJ. Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide: Synopsis of the 2019 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guidelines. *Ann Intern Med* 2019;171:343-53. <https://doi.org/10.7326/M19-0687>.

30.Soler Santana R, Castillo Núñez B. Calidad en la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida. *Medisan*. 2010;14(5).

31. Frick MG, Butler SA, deBoer DS. Universal suicide screening in college primary care. *Journal of American College Health* 2021;69:17-22. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1645677>.

32.World Health Organization. Suicide prevention and special programmes. Geneva: World Health Organization. 2008. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html

33.Rodríguez Jorge R, Rodríguez García C, Martínez Zamora N. Sumersión Suicida en un Canal de Agua. *Medicentro*. 2010;14(3).

34.Oficina Nacional de Estadística e Información, (ONEI). Tabla II.2R. Censo de Población y Viviendas 2017. Informe Nacional. Resultados Definitivos de Indicadores Seleccionados en Cuba, Provincias y Municipios. 2017. <http://www.onei.cu/informenacional2017.htm> .

35.Diekstra RFW, Garnefski N. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behavior: an international perspective. *Suicide Life Threat Behav*. 1995; 25: 36-57.

36. Selph SS, McDonagh MS. Depression in Children and Adolescents: Evaluation and Treatment. *Afp* 2019;100:609-17.

37. Platt S, Niederkrotenthaler T. Suicide Prevention Programs. *Crisis* 2020;41:S99-124. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000671>.

38.Tarrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-Behavioural Interventions to Reduce Suicide Behaviour. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Behaviour Modification*. 2008; 32(1):77-108.

FINANCIACIÓN

Sin financiación externa.

CONFLICTO DE INTERES

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Anaisa Rodríguez Zamora, Ramona Páez Miranda, Ivis Anabel Rodríguez Cruz, Yohandra Suárez López, Milexis Sánchez Pedroso, Lesvya Portales Robaina.

Investigación: Anaisa Rodríguez Zamora, Ramona Páez Miranda, Ivis Anabel Rodríguez Cruz, Yohandra Suárez López, Milexis Sánchez Pedroso, Lesvya Portales Robaina.

Metodología: Anaisa Rodríguez Zamora, Ramona Páez Miranda, Ivis Anabel Rodríguez Cruz, Yohandra Suárez López, Milexis Sánchez Pedroso, Lesvya Portales Robaina.

Redacción-borrador original: Anaisa Rodríguez Zamora, Ramona Páez Miranda, Ivis Anabel Rodríguez Cruz, Yohandra Suárez López, Milexis Sánchez Pedroso, Lesvya Portales Robaina.

Redacción- revisión y edición: Anaisa Rodríguez Zamora, Ramona Páez Miranda, Ivis Anabel Rodríguez Cruz, Yohandra Suárez López, Milexis Sánchez Pedroso, Lesvya Portales Robaina.