

Multimed 2012; 16(2)

Abril-Junio

ARTICULO ORIGINAL

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS. GRANMA
POLICLÍNICO FRANCISCA RIVERO AROCHA. MANZANILLO**

**Actitud de riesgo suicida y funcionamiento familiar en
adolescentes con antecedentes de intento. Manzanillo**

**Suicide attempt and family functioning in adolescents with
attempt antecedents. Manzanillo**

**Ms.C. Alberto Martínez Cárdenas,^I Ms.C. Rita Irma González Sábado,^{II} Dr.C.
Rafael Claudio Izaguirre Remón,^{II} Ms.C. Carmen Matos Osorio^{II}, Lic. María
Cesar Rodríguez.^{III}**

^I Policlínico I Francisca Rivero Arocha. Manzanillo. Granma, Cuba.

^{II} Universidad de Ciencias Médicas. Manzanillo. Granma, Cuba.

^{III} Policlínico Ángel Ortiz Vázquez. Manzanillo. Granma, Cuba.

RESUMEN

La evolución hacia la ejecución del acto suicida implica desajustes emocionales, cognitivos y comportamentales en el sujeto, indicadores de pérdida de su salud individual. El presente estudio tiene como objetivo determinar el nivel de actitud de riesgo suicida y el tipo de funcionamiento familiar en los adolescentes con antecedentes de intento del Policlínico II de Manzanillo. La investigación es un estudio descriptivo, teniendo como universo 18 (81,9%) adolescentes que cometieron intento suicida de los 22(100%) en el periodo de 2011 y primer semestre del 2012, los cuales cumplieron determinados requisitos de inclusión. Los datos fueron obtenidos de un Cuestionario, la Escala Nivel de Actitud de riesgo para el intento suicida y el test FF-SIL y fueron procesados mediante la estadística descriptiva (porcentaje y razón). En los resultados encontramos predominio del sexo

femenino, enmarcados la mayoría en la etapa tardía de la adolescencia. Una razón de hembras y varones de 8 a 1. Constatando que la mayoría de los adolescentes tienen algún tipo de riesgo para un nuevo intento en nivel medio (27,2%) y nivel bajo (72,2%). El (61,1%) pertenece a familias con funcionamiento disfuncional. Pudimos concluir que la razón de hembras y varones es notablemente superior para las primeras, los adolescentes tipifican un nivel de riesgo bajo y medio para el intento suicida a predominio del sexo femenino, la mayoría de los adolescentes evaluados con riesgo para cometer un nuevo intento viven en familias con funcionamiento alterado.

Palabras clave: intento de suicidio, adolescente, conducta del adolescente, conflicto familiar, relaciones familiares.

ABSTRACT

The evolution towards the suicidal attempt involves emotional, cognitive and behavioral alterations in people, which are indicators of health loss. This research has a main objective to determine the risk level of suicide attempt and the type of family functioning in adolescents with these attempt antecedents in the Polyclinic II of Manzanillo. The research is a descriptive study, with the universe of 18 (81.9%) adolescents who committed suicide attempt, out of 22 (100%) in the period of 2011 and the first semester of 2012, which fulfilled the inclusion criteria. The data were obtained from a questionnaire, the Attitude Level Scale of risk for suicide attempt, and FF-SIL test, and they were processed using descriptive statistics (percentage and reason). In the results we found a prevalence of females, mostly framed in late adolescence. A reason of females and males from 8 to 1, confirming that most of the teenagers had some kind of risk for a new attempt in the middle level (27.2%) and in low level (72.2%). The (61.1%) belonged to dysfunctional families. We concluded that the reason of females and males is significantly higher for the first ones; adolescents typify the level of low and medium risk for suicidal attempt, with a prevalence of females, most of the teenagers evaluated as "risk to commit another attempt", live in disturbed families.

Key words: attempted suicide, adolescent, adolescent behavior, conflicto familiar, family relations.

INTRODUCCIÓN

Existen varios enigmas grandiosos en la vida humana, el suicidio es uno de ellos, nadie conoce realmente por qué el ser humano se quita la vida a menudo, y en

algunas ocasiones de forma especial; la persona que comete el suicidio conoce poco sus propios y complicados motivos para la autodestrucción y le compete al personal de salud profundizar en los factores de este evento. La evolución hacia la ejecución del acto suicida implica desajustes emocionales, cognitivos y comportamentales en el sujeto, indicadores de pérdida de su salud individual. El Programa Nacional para la Prevención del Suicidio en Cuba¹ tiene tres objetivos principales: evitar el primer intento suicida, evitar la repetición del intento suicida y evitar el suicidio.

El programa incluyó seis niveles: el médico de la familia, el policlínico, el hospital, la municipalidad, la provincia y la nación. Cada nivel tiene su propia tarea, pero el médico de la familia en la atención primaria de salud es el protagonista principal con la participación de los líderes formales e informales, las instituciones y organizaciones de la comunidad. Justamente en el nivel de atención primaria existe la factibilidad de identificar los grupos de riesgo para desarrollar una conducta suicida al poder brindar atención diferenciada a cada familia. La evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el nivel primario, constituye un proceso importante para el diagnóstico y la planificación de las intervenciones promocionales y preventivas en favor de la salud.

Algunos autores² afirman que el adolescente como miembro de una familia es muy susceptible de tener desajustes en su conducta a consecuencia de convivir en familias poco saludables, las cuales no cumplen con sus funciones y ponen en riesgo la integridad y salud individual de ellos como miembros, justamente por las características de esta etapa de la vida. Los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o que perciben poco sentido de control sobre los acontecimientos negativos presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan vivencias estresantes y esto puede conducir a tomar actitudes de autoagresión como el intento suicida.³

En las Proyecciones de la Salud Pública en Cuba⁴ en el capítulo 3 Enfermedades no transmisibles y otros daños a la salud se hace referencia a las lesiones autoinflingidas que constituyeron la décima causa de muerte en el 2006. En el último decenio se reportan alrededor de 1500 fallecidos por esta causa anualmente. En el 2011 se reportan 1484 defunciones por lesiones autoinflingidas y en Granma 108, con una tasa x 100000 hab de 10,6.⁵ En el cuadro de salud del país se ha comportado en los últimos años entre la 8va y 10ma causa de muerte y de forma similar en la provincia Granma y el municipio Manzanillo.

En el municipio Manzanillo, según datos reportados por el departamento de Estadística de la provincia, el policlínico "Ángel Ortiz Vázquez" también ha mantenido tasas elevadas, motivo por el cual constituye un problema prioritario en el Análisis de la Situación de Salud de la institución, realidad que exige ser abordada por la comunidad científica.

Problema de Investigación:

Aumento de la morbilidad del intento suicida en el nivel primario de atención y limitaciones en la evaluación del nivel de actitud de riesgo hacia el intento suicida en los adolescentes mediante métodos diseñados con tal propósito. De modo que el objeto de estudio de la presente investigación es el adolescente con riesgo suicida (que incluye al que realizó el intento y al que tiene factores de riesgo para cometerlo). El presente trabajo tiene como objetivo determinar el nivel de actitud de riesgo suicida y el tipo de funcionamiento familiar en los adolescentes con antecedentes de intento del Policlínico II.

MÉTODO

La investigación responde a un diseño de tipo descriptivo de corte transversal, con el propósito de determinar los niveles de actitud de riesgo hacia el intento suicida en adolescentes del Policlínico "Luis Angel Ortiz" que realizaron intento suicida en el año 2011 y primer semestre del 2012. El universo de estudio fueron los adolescentes que realizaron intento suicida durante el año 2011 (14) y el primer semestre del año 2012 (12) seleccionados una muestra apoyados en el muestreo aleatorio simple de 18(69,23%) cumpliendo con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Adolescentes con antecedentes de intento suicida.
- De ambos sexos.
- Adolescentes sin alteración psíquica u orgánica que afecte el juicio o contacto con la realidad.
- Con permanencia en el área de salud.
- Dispuestos a participar en el estudio (consentimiento informado).

Operacionalización de variables.

Las variables a estudiar fueron agrupadas en tres dimensiones como se refleja a continuación:

-Variables sociodemográficas:

Sexo: Según el sexo biológico de pertenencia

Tipo: Cualitativa Nominal dicotómica

Escala: Masculino y Femenino

Edad: Según los años de vida

Tipo: Cuantitativa Continua

Escala: Adolescencia temprana o pre-adolescencia (10-14), Adolescencia intermedia (15- 17), Adolescencia tardía (17-19).

Para la clasificación de la etapa de la adolescencia en que se encontraban según la edad se realizó tomando como referencia la clasificación que se describe en el libro de Medicina General Integral, Vol I.⁶

-Variables personales:

Nivel de actitud hacia el intento suicida: personas que han intentado o tienen serias ideas suicidas o riesgo de futuro inmediato y otros que no tienen ideas suicidas pero cuentan con factores de riesgo que los ubica en una zona de riesgo para dicha conducta.⁷ Tipo: Cuantitativa continua Escala: No actitud de riesgo, Nivel de actitud bajo, Nivel de actitud medio, Nivel de actitud alto.

-Variable familiar:

Funcionamiento familiar: Estado de funcionalidad alcanzado por la familia de acuerdo a la dinámica de las relaciones familiares vinculadas al ajuste familiar en el medio social y el bienestar psicológico de sus miembros.⁸ Tipo: Cuantitativa continua Escala: Funcional, Moderadamente Funcional, Disfuncional, Severamente Disfuncional.

Técnicas y procedimientos:

A continuación describimos la composición y forma de calificación de los instrumentos utilizados para recoger la información.

I- Escala para evaluar el nivel de actitud de riesgo hacia el Intento suicida

Consta de 25 preguntas semi - abiertas relacionadas con los diferentes grupos de riesgo, distribuidas numéricamente para evaluar los tres componentes de la actitud:

Afectivo: 3,5, 11,13, 20, 21, 22,23

Cognoscitivo: 6, 7, 12, 18,19, 24,25

Conductual: 4, 8, 9, 10, 14,15

Las alternativas de respuestas son:

- Nunca (0 puntos)
- Algunas veces (1 punto)
- Frecuentemente (2 puntos)
- Siempre (3 puntos)

La calificación integral de la misma fue apoyada en las medidas de posición los cuartiles para determinar los límites superiores e inferiores de cada clase se conformaron las siguientes categorías cualitativas y cuantitativas:

No-actitud de riesgo: (0 puntos)

Nivel de actitud de riesgo bajo: (1-25 puntos)

Nivel de actitud de riesgo medio (26-50 puntos)

Nivel de actitud de riesgo alto: (51-75puntos)

Intervención que debe asumir el profesional:

- Nivel de actitud de riesgo bajo: Dispensarización y seguimiento por el Equipo Básico de Salud (médico y enfermera).
- Nivel de actitud de riesgo medio: Atención por el Grupo de salud mental (psicólogo, psiquiatra y MGI).
- Nivel de actitud de riesgo alto: Ingreso en cuerpo de guardia para observación o en sala de salud mental.
- No-actitud de riesgo: No hay presencia de indicadores relacionados con los grupos de riesgo del suicidio (individuos deprimidos, intentos anteriores, amenazas de autoagresión, vulnerables a situaciones de crisis, negativo a la ayuda o apoyo).

II. Cuestionario de suicidio

Está compuesto por 5 preguntas que explora la relación del adolescente con sus padres y algunas manifestaciones de su conducta habitual, las preguntas están elaboradas de tipo semiabiertas y de desarrollo, buscando correlacionar la

información de la escala, el cuestionario y el test de percepción del funcionamiento familiar dirigidos a obtener información acerca del evento de la conducta suicida y la familia. La calificación es cualitativa.

III- Instrumento FF-SIL:

Para evaluar la percepción del funcionamiento familiar a través de las categorías: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad.⁸

Valores de la Escala

Casi Siempre (5), Muchas veces (4), A veces (3), Pocas veces (2), Casi nunca (1). La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite hacer el diagnóstico del Funcionamiento Familiar en las siguientes categorías:

FUNCIONA-----De 70 a 57 puntos
MODERADAMENTE FUNCIONAL-----De 56 a 43 puntos
DISFUNCIONAL-----De 42 a 28 puntos
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL-----De 27 a 14 puntos

Procedimientos estadísticos.

Se realizará el análisis de los resultados apoyados en la estadística descriptiva mediante análisis porcentual y el cálculo de razón.

Razón: Total de hembras con intento suicida/Total de varones con intento suicida.

RESULTADOS

Al observar la tabla 1 encontramos que predomina el sexo femenino en el (88,9%) del universo, estando enmarcados la mayoría de los adolescentes en la etapa tardía de 17 a 19 años con 12 casos. La razón de hembras comisoras de intento suicida es de 8 por cada 1 varón, notablemente superior.

Tabla 1. Comportamiento del sexo y la etapa de la adolescencia. Policlínico II. Manzanillo.

Sexo	Etapa de la adolescencia						Total	
	Adolescencia Temprana		Adolescencia Intermedia		Adolescencia Tardía			
	No	%	No	%	No	%	No	%
Masculino	1	25	1	50	-	-	2	11,1
Femenino	3	75	1	50	12	100	16	88,9
Total	4	100	2	100	12	100	18	100

Como apreciamos en la tabla 2 todos los adolescentes están ubicados en una categoría de riesgo, con riesgo medio para cometer un nuevo intento (27,8%) y riesgo bajo (72,2%).

Tabla 2. Nivel de actitud de riesgo hacia el intento suicida según sexo. Policlínico No II.

Nivel de actitud	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
No riesgo	-	-	-	-	-	-
Riesgo bajo	12	92,3	1	7,7	13	72,2
Riesgo medio	4	80	1	20	5	27,8
Riesgo alto	-	-	-	-	-	-
Total	16	88,9	2	11,1	18	100

Resulta evidente que la mayoría de los adolescentes conviven en familias disfuncionales (61,1%), encontrando en el (83,3%) algún tipo de disfuncionabilidad (tabla 3).

Tabla 3. Tipo de funcionamiento familiar en que conviven los Adolescentes.
Policlínico No II.

Funcionamiento familiar	No	%
Funcional	3	16,6
Mod. funcional	2	11,1
Disfuncional	11	61,1
Sev. disfuncional	2	11,1
Total	18	100

Podemos observar en la tabla 4 que la mayoría de los adolescentes (4 de 5) evaluados según la escala tienen nivel de actitud de riesgo medio para cometer un nuevo intento perteneciendo a familias con funcionamiento alterado (disfuncionales y severamente disfuncionales), los de riesgo bajo pero que mantienen algún nivel de riesgo, también en su mayoría (60%) pertenecen a familias disfuncionales, apareciendo como denominador común en la mayoría la disfuncionabilidad familiar.

Tabla 4. Nivel de actitud de riesgo hacia el intento suicida y funcionabilidad familiar. Policlínico No II.

Nivel de actitud	Funcionamiento familiar								Total	
	Funcional		Mod. funcional		Disfunc.		Severamente disfuncional		No	%
	No	%	No	%	No	%	No	%		
No riesgo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Riesgo bajo	3	20	1	6,6	9	60	-	-	13	83,3
Riesgo med	-	-	1	20	2	40	2	40	5	33,3
Riesgo alto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	3	16,6	2	11,1	11	61,1	2	11,1	18	100

DISCUSIÓN

La tendencia en el análisis de los datos relacionados con esta etapa de la vida (la adolescencia) hace referencia a que hay un número creciente de atención médica por lesiones autoinflingidas, con predominio del sexo femenino.

El suicidio se incrementa con la edad, siendo raro ver casos en menores de 12 años. Sin embargo, la tentativa de suicidio decrece con la edad, siendo menor los intentos de suicidio en los ancianos y más en los adolescentes.³

Tanto en estudios en Cuba^{7,9} como otros países¹⁰ se ha constatado que el intento suicida es un problema de salud en adolescentes y jóvenes, sobre todo del género femenino, quienes con mayor frecuencia que los varones refieren experiencias de sentimientos negativos, menor afecto positivo, es decir, tienden a manifestar desinterés, aburrimiento, menor frecuencia de pensamientos automáticos positivos y mayor frecuencia de pensamientos automáticos negativos, pensamientos con alto contenido catastrófico, absolutista, no acertado, auto derrotista, y generalmente irrealista, que se asocia frecuentemente con factores precipitantes del medio familiar.

Los resultados de la tabla 2 alertan sobre la necesidad de intervenir con prontitud en el grupo de adolescentes que ofrece niveles de actitud medio hacia el intento, tarea que es enteramente resuelta en el nivel de atención primaria con el equipo multidisciplinario salud mental. Resulta llamativo que algunos de los adolescentes cometieron intento entre 1 y 2 años antes y aún tipifican algún tipo de riesgo que puede estar derivado de diversos factores personales, familiares o socio ambientales lo cual ha sido confirmado mediante los resultados de la escala aplicada.

Contar con un método de evaluación como esta escala favorece el trabajo del equipo básico de salud y el resto de los profesionales encargados de velar por la salud mental e integral de este grupo poblacional, lo cual además de ser un aporte a la comunidad científica es un instrumento diagnóstico para el riesgo suicida a nivel comunitario que permite complementar lo indicado en el Programa Nacional de la conducta suicida elaborado en el año 1989 el cual traza las líneas generales de trabajo describiendo los propósitos a alcanzar y clasificando los grupos de riesgo, así como aspectos relacionados con la gravedad de las circunstancias,

seriedad de la intención, letalidad del método pero carece de instrumentos capaces de evaluar el riesgo como un todo e indicar su accionar según corresponda.

En el país existen otros instrumentos, cuestionarios y guías de incalculable valor para el trabajo con los grupos de riesgo para la conducta suicida,^{9,11} los cuales de conjunto con la escala potencian el trabajo científico metodológico al abordar la problemática, con la particularidad de que la escala propuesta no solo indica la magnitud del riesgo cuali-cuantitativamente si no que orienta el accionar para el profesional que la utilice.

En el estudio que nos ocupa encontramos que la mayoría de los adolescentes viven en familias con una dinámica familiar alterada al encontrar indicadores de disfuncionabilidad de forma marcada lo cual se presenta en la tabla 3.

Un estudio señala relacionado con los factores familiares (microsistema): Pertenecer a familias con niveles bajos de cohesión, presentar discusiones familiares por problemas económicos, desempleo, antecedente de conducta suicida en algún familiar cercano, entre otros, posibilitan la ideación e intento suicida.³ Todo lo antes expuesto infiere que la convivencia en una familia sana o funcional favorece el aprendizaje de conductas saludables y protectoras incluyendo las derivadas de la conservación de la propia integridad física, que aún denotando en ese acto de autoagresión un profundo sentimiento de impotencia y dificultad para vencer los problemas que le agobian implica el riesgo potencial de fallecer y la búsqueda de soluciones definitivas ante problemas temporales.

En el acápite salud mental del libro de Medicina General Integral 6 se hace alusión a la necesidad en Cuba de dar atención especial a grupos de riesgo por razón de edad, género y discapacidad, y a su vez sugiere la necesidad de desarrollar programas de prevención y control en situaciones como: alcoholismo, conducta suicida, adicciones, violencia intrafamiliar.

Si el encargo social de la medicina preventiva es lograr una calidad de vida superior en cada grupo poblacional entonces este estudio como parte del trabajo de prevención pone al servicio del Equipo de Salud Mental del Policlínico los resultados alcanzados que orientan sobre datos concretos hacia donde dirigir los esfuerzos interventivos en los adolescentes objeto de estudio.

CONCLUSIONES

Sobresalen los adolescentes en la etapa tardía que tipifican un nivel de riesgo bajo y medio para el intento suicida a predominio del sexo femenino. Se destacan los que conviven en un funcionamiento familiar disfuncional y moderadamente disfuncional y la mayoría de los adolescentes evaluados con riesgo para cometer un nuevo intento viven en familias con funcionamiento alterado (moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Riera C, Alonso Betancourt O, Masid Oramas E. Conducta suicida y prevención. La Habana: MINSAP; 1989.
2. González Sábado R, Martínez Cárdenas A. Conductas autodestructivas: un problema psicosocial. En: Enciclopedia de las Ciencias Sociales y Humanísticas I [CD-ROM]. Granma: s.n; 2010. .
3. Pavez P, Santander N, Carranza J, Vera-Villarroel P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida adolescentes con trastorno depresivo. Rev Méd Chile [Internet]. 2009 Feb [citado 19 Jun 2013]; 137(2): [aprox. 8 p.]. Disponible p.420-434.
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872009000200006&script=sci_arttext
4. Ministerio de salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015 [Internet]. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2006 [citado 12 Abr 2013]. Disponible en:
http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Cuba/cuba_proyecciones_de_la_salud_publica_para_el_2006-2015.pdf.
5. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2012 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2013 [citado 17 Jul 2013]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf
6. Clavijo Portieles Alberto. Salud Mental. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Vol I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. P: 90-99.

7. González Sábado R, Martínez Cárdenas A, Izaguirre Remón C, Rodríguez Barroso X. Escala de riesgo suicida en el adulto mayor. Validación en la Atención Primaria de Salud. En: Libro de Ponencias: III Congreso Regional de Medicina Familiar Wonca Iberoamericana (CIMF) [Internet]. La Habana: Palacio de la Convenciones; 2012 [citado 8 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjcvaw8qnJAhWEgj4KHQaAEcQFggdMAA&url>
8. De la Cuesta Freijomil D, González Pérez E, Louro Bernal I, Bayarre H. Un instrumento de funcionamiento familiar para el médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr 1996; 12(1): 24–31.
9. Pérez Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] 1999 [citado 8 Ene 2014]; 15(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421251999000200013&script=sciarttext>.
10. Gómez C, Rodríguez N, Bohorquez AP, Díazgranados N, Ospina MB, Fernández C. Factores asociados al intento de suicidio en la Población Colombiana. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2002 [citado 17 Jul 2013]; XXXI(4): [aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80631401.pdf>
11. Pérez Barrero SA. Recomendaciones para una estrategia de prevención del suicidio. Rev Neuro-Psiquiat. [Internet] 2005 [citado 8 Ene 2014]; 68(3-4). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/v68_n34/pdf/a10.pdf.

Recibido: 11 de febrero del 2012.

Aprobado: 9 de marzo del 2012.

Alberto Martínez Cárdenas. Policlínico I Francisca Rivero Arocha. Manzanillo.
Granma, Cuba. E-mail: berty@grannet.grm.sld.cu