



DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE IDEA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y SU ASOCIACIÓN CON ALGUNAS VARIABLES

Centro para la Atención Integral al Adolescente de Artemisa

Ariel Acosta González*; Milaidi Milian Martínez**

*Especialista de Primer Grado de Psiquiatría Infanto Juvenil. Profesor Asistente de Psiquiatría Infantil. MsC. Atención Integral al Niño

** Especialista de Primer Grado en Pediatría. Profesora Auxiliar de Pediatría. MsC. Atención Integral al Niño

arielacosta@infomed.sld.cu

RESUMEN:

La ideación suicida es la manifestación consciente sobre pensar o desear morir, con el objetivo de determinar la presencia de idea suicida en adolescentes y su asociación con algunas variables en la IPOL "Manuel Valdés" del municipio Artemisa, se realizó un proyecto de investigación de tipo descriptivo y transversal en el mes de enero del año 2008. El universo del trabajo fueron los 140 adolescentes de dicho Politécnico que estuvieron asistiendo al mismo en el mes de enero de 2008. El tamaño de la muestra (103 adolescentes) fue determinado por el paquete estadístico Stats v1.1 para un nivel de confianza del 95%. Para la selección de la misma, se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple y se aplicaron criterios de inclusión. Se utilizó el método empírico y el método estadístico descriptivo que nos permitió organizar y clasificar la información mediante tablas. La recogida de la información fue mediante la confección de una base de datos con el paquete estadístico MedCalc. Para determinar la asociación de algunas de las variables se determinó Chi - cuadrado. Se utilizó un nivel de significación del 5%. Alrededor de un tercio de los adolescentes refirieron consumir alcohol y ser maltratados en su hogar como método de castigo ante conductas incorrectas. La idea suicida estuvo presente en el 38.83% de ellos pero el 47,50% oculta este hecho. Existe una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de idea suicida y el antecedente psiquiátrico familiar y el maltrato infantil ($p < 0,05$).

DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE IDEA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y SU ASOCIACIÓN CON ALGUNAS VARIABLES

INTRODUCCIÓN

El deseo de morir representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que se puede manifestar en frases como: "la vida no merece la pena vivirla", "lo que quisiera es morirme", "para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto" y otras expresiones similares. (1)

La ideación suicida es la manifestación consciente sobre pensar o desear morirse. A veces imaginando un Plan o [Método concreto](#) para realizarlo.

Puede traducir desde una venganza o un sentimiento de desesperación fugaz causados por una experiencia determinada en un momento de [cólera](#) o de frustración o pérdida, en un joven que al ser descubierto por algún delito teme una pena disciplinaria, pasando por la preocupación tranquila, silenciosa y planeada de un individuo deprimido que se siente desesperanzado por una rumiación que le consume constantemente. (2)

Aunque la ideación suicida en adolescentes acostumbra a asociarse a la presencia de alteraciones psicopatológicas, aproximadamente un tercio de los niños de 9 a 17 años de edad no presentan psicopatología asociada. La ideación suicida es unas seis o siete veces más frecuente en los adolescentes con trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disocial y trastorno negativista desafiante. (3,4)

Además de su relación con la psicopatología, la ideación suicida también es frecuente tanto en alumnos intimidados por sus compañeros como en alumnos intimidadores (4).

Asimismo, es significativamente más frecuente en adolescentes homosexuales y bisexuales que en heterosexuales quizás debido a que las posibilidades de que los adolescentes homosexuales y bisexuales sean blancos de burlas o represalias en la escuela son superiores. (5)

La adolescencia es definida como una etapa del ciclo vital entre la niñez y la adultez, que 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. (1,6)

Durante la adolescencia, etapa de desarrollo por la que atraviesa todo individuo, se presentan en los jóvenes cambios difíciles que les producen ansiedad y depresión hasta llegar, en muchas ocasiones, a una tentativa de suicidio. Este intento plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis de la adolescencia. La manipulación de la idea de la muerte en el joven suele ser frecuente, pero debe hacerse la diferencia entre el adolescente que piensa en el suicidio como una llamada de auxilio, como una manera de comunicar su descontento a los demás y el que ve el suicidio como una idea romántica. Si cerca de nosotros se encuentra algún adolescente cuyo comportamiento indique que intentará suicidarse, atendamos sus señales, pues podemos darle el apoyo necesario para superar su problema.

Es lógico suponer, los factores de riesgo suicida deben ser detectados principalmente en el medio

DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE IDEA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y SU ASOCIACIÓN CON ALGUNAS VARIABLES

familiar. Por lo general, el clima emocional familiar es caótico, pues no hay un adecuado funcionamiento de sus integrantes y no se respetan los roles ni las fronteras de sus respectivos miembros. (1)

Los niños que tienen actitudes suicidas provienen de un medio familiar con progenitores con alteraciones mentales o trastornos tales como alcoholismo, adicciones, psicosis, o trastornos severos de la personalidad o del estado de ánimo. En estos casos la falta de cuidado, la transmisión de desesperanza, el pesimismo y la falta de motivación favorecen al peligro suicida.

Otros factores de riesgo suicida de importancia en la niñez son la presencia de conductas suicidas en alguno de sus padres y las alteraciones en las relaciones entre los progenitores y sus hijos, especialmente cuando existe maltrato infantil y abuso sexual, físico o psicológico. (5, 7, 8)

A pesar nuestro, el suicidio en la adolescencia es una trágica realidad, ocupando un lugar entre las tres primeras causas de muerte en la mayoría de los países y en algunos, sólo le supera otro tipo de muerte violenta: los accidentes de vehículos de motor. Y lo peor es que la tendencia es a incrementarse según los estimados de la Organización Mundial de la Salud. (5, 8,9)

Resulta llamativo el elevado número de adolescentes que han pensado en el suicidio como solución y/o escape a sus problemas, aunque nunca lo hayan intentado.....hasta este momento.

¿Con qué frecuencia se presenta la idea suicida en los adolescentes del IPOL Manuel Valdés del Municipio Artemisa?

¿Estarán asociados los antecedentes familiares y personales de enfermedades psiquiátricas, la existencia de maltrato infantil y el consumo de alcohol con la presencia de ideas suicidas en estos adolescentes?

Los autores del presente trabajo consideran que la idea suicida es frecuente entre los adolescentes del IPOL Manuel Valdés del Municipio Artemisa y que esta a su vez se relaciona con la presencia de antecedentes familiares y personales de enfermedades psiquiátricas, con el maltrato infantil y con el consumo de alcohol.

Con el propósito de comprobar la veracidad de esta hipótesis se realizó este estudio.

DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE IDEA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y SU ASOCIACIÓN CON ALGUNAS VARIABLES

OBJETIVOS

General:

Determinar la presencia de idea suicida en adolescentes y su asociación con algunas variables en la IPOL "Manuel Valdés" del municipio Artemisa en el año 2008.

Específicos:

1. Determinar en la muestra la presencia de los Antecedentes Psiquiátricos Personales y Familiares.
2. Precisar la presencia de idea suicida y la comunicación de la misma.
3. Identificar la presencia de maltrato infantil y consumo de alcohol.
4. Determinar la asociación entre las variables presencia de idea suicida con el antecedente personal y familiar psiquiátrico, consumo de alcohol y presencia de maltrato infantil.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un proyecto de investigación de tipo descriptivo y transversal en el mes de enero del año 2008 en el Instituto Politécnico "Manuel Valdés" (en lo adelante IPOL) del municipio Artemisa, La Habana, Cuba.

El universo del trabajo fueron los 140 adolescentes de dicho Politécnico que estuvieron asistiendo al mismo en el mes de enero de 2008.

El tamaño de la muestra fue determinado por el paquete estadístico stats v1.1 para un nivel de confianza del 95% y un error máximo aceptable del 5%. El tamaño de la muestra quedó constituido por un total de 103 adolescentes.

Después de haber determinado el tamaño de la muestra se procedió a la selección de la misma, utilizando el muestreo probabilístico aleatorio simple, obteniendo los números aleatorios a través del paquete estadístico stats v1.1.

Además para la selección de la muestra se tuvieron una serie de criterios que se relacionan a continuación:

- Que pertenecieran al IPOL "Manuel Valdés" del municipio Artemisa.
- Que estuvieran en la escuela del 1º hasta 31 de enero de 2008 en el momento en que se aplicó el formulario.
- Que aceptaron participar en el estudio.
- Que no dejaran incompleto el formulario.

Los criterios de exclusión de nuestra muestra fueron:

- Adolescentes que aunque en ese momento se encontraran en el Centro no fueran matrícula del mismo.
- Los que no aceptaron participar en el trabajo.
- Los que no completaron el formulario.

DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE IDEA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y SU ASOCIACIÓN CON ALGUNAS VARIABLES

Operacionalización de variables

Variables cualitativas nominales dicotómicas:

Consumo de alcohol: Se determinó según la respuesta afirmativa o negativa del adolescente a esta pregunta.

Presencia de Idea Suicida: se consignó cuando el adolescente refería haber o no tenido idea de morirse.

Comunicación de la idea suicida: se consignó si el adolescente con idea suicida comunicaba o no la misma.

Presencia de maltrato infantil: cuando los adolescentes refieren al contestar el formulario ser maltratados por sus padres cuando hacen algo incorrecto.

Antecedentes familiares psiquiátricos: se consignó según la presencia o no de enfermedades Psiquiátricas en los familiares allegados del adolescente referido por los adolescentes.

Intento suicida: se consignó cuando alguno de los adolescentes aceptó haber realizado al menos un intento suicida.

Variables cualitativas nominales politómicas:

Antecedentes Psiquiátricos Personales: se consignó según las enfermedades psiquiátricas referidas por los adolescentes.

Antecedentes Psiquiátricos Familiares: se consignó según las enfermedades psiquiátricas referidas por los adolescentes que padecían sus familiares más allegados (padres, madres, abuelos, tíos y hermanos).

Procedimiento de trabajo

Se visitó el IPOL "Manuel Valdés" en el mes de enero de 2008 y se coordinó con la dirección del centro los días y hora en que se aplicaría el formulario. En la fecha acordada, y de forma simultánea durante el primer turno de clase de la tarde, se les aplicó a los estudiantes previamente seleccionados que se encontraban en ese momento en la escuela el formulario, procurando que lo hicieran de forma individual, con seriedad y sin premura de tiempo. Para ello los autores del trabajo se apoyaron en los profesores del turno de clase y se recorrió las aulas leyendo el formulario, aclarando las dudas en la interpretación del mismo cuando fue pertinente.

Cuando uno o varios de los adolescentes aleatoriamente seleccionados no cumplieron los requisitos de inclusión se seleccionó, entre los números aleatorios previamente determinados, otro adolescente que sí los cumpliera y se le aplicó el instrumento. De esta manera se completó la muestra.

Método de recolección de la información

Se utilizó el método empírico donde se obtuvo la información a través de un formulario aplicado y también se utilizó el método estadístico descriptivo que nos permitió organizar y clasificar la información mediante tablas.

La recogida de la información fue mediante la confección de una base de datos con el paquete

DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE IDEA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y SU ASOCIACIÓN CON ALGUNAS VARIABLES

estadístico MedCalc en una PC Pentium IV, con ambiente de Windows XP. Los textos se procesaron con Word XP. Con el objetivo de determinar la asociación de algunas de las variables se determinó Chi - cuadrado. Se utilizó un nivel de significación del 5%. Los datos se presentaron en tablas reflejados en Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa y Porcentaje. (Anexo 2)

Aspectos éticos

Para la realización del presente trabajo se contó con la autorización de la dirección del IPOL "Manuel Valdés", los cuales fueron comunicados de antemano del contenido del formulario, así como de que esta investigación forma parte del banco de problemas del Centro para la Atención Integral a los Adolescentes del municipio Artemisa, el cual se propone tomarla como punto de partida para la realización de programas de intervención en nuestros adolescentes que contribuyan a disminuir la idea suicida, el intento así como el suicidio en esta etapa de la vida.

Siendo un principio fundamental de nuestra Revolución la protección a niños y niñas, no hubo ninguna objeción por parte de la dirección de la escuela para la realización del estudio, brindándonos todo su apoyo.

El personal a participar se organizó como se relaciona:

Investigador principal (especialista en Psiquiatría infanto juvenil)..... 1

Investigador (especialista de Pediatría)..... 1

A todos los participantes se les explicó en que consistía el trabajo y cuales eran sus objetivos logrando de ellos su consentimiento informado. Al final de la investigación se les dio a conocer los resultados.

Recursos

Los costos del proyecto fueron asumidos por el Centro para la Atención Integral al Adolescente tanto en el salario de los autores de la investigación como en los suministros de otros medios necesarios para la realización del mismo.

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

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la tabla 1 podemos observar los antecedentes patológicos personales de enfermedad psiquiátrica que tenían estos pacientes. No se encontraron dichas enfermedades en 85 de los adolescentes del estudio para un 82,52%, mientras que 18 para un 17,47% tenían antecedente de uno o más trastornos psiquiátricos. Los más frecuentes fueron los Terrores Nocturnos el cual estuvo presente en siete casos (6,79%), seguido de la Enuresis con cuatro adolescentes (3,78%), el intento suicida con tres (2,91%), los Trastornos de Ansiedad y el Sonambulismo dos (1,94%) así como el TDAH, el Trastorno Bipolar y Retardo del Desarrollo Psíquico con un caso de cada uno para un 0,97%. Estas

DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE IDEA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y SU ASOCIACIÓN CON ALGUNAS VARIABLES

cifras se corresponden con los reportes de otras poblaciones estudiadas fuera de Cuba. (10)

El Dr. Sergio Pérez, estudioso reconocido del tema del suicidio en Cuba, plantea que los antecedentes de trastornos psiquiátricos son un factor de riesgo de la aparición de ideas e intento suicida. Dentro de estos antecedentes plantea: la Depresión, Trastornos de Ansiedad, el Abuso de alcohol y de drogas, los Trastornos incipientes de la personalidad y el Trastorno Esquizofrénico. (1) Llama la atención que entre los antecedentes psiquiátricos de los adolescentes no estuvo la depresión y sí predominaron los trastornos monosintomáticos. Esto pudiera estar dado porque quizás los adolescentes no dominaban los diagnósticos que presentan y refirieron los síntomas que ellos identifican o recuerdan.

En la muestra estudiada en 27 casos para un 26,21% existían familiares de primera línea con antecedentes psiquiátricos (tabla 2); mientras que en 76 casos (73,78%) no tenían familiares psiquiátricos.

Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente encontrados en los familiares fueron la Depresión, el Retraso Mental, el Alcoholismo, la Esquizofrenia, la Ansiedad y el Trastorno Bipolar.

En la tabla 3 podemos observar que la mayoría de nuestros adolescentes refirieron que no eran maltratados con 64 casos para un 62,14%. Sin embargo las cifras de estos que se pudo determinar a través del formulario que sí eran maltratados es elevada: 39 (37,86%).

Estas cifras pueden ser mayores en realidad ya que son tomadas de las declaraciones de los adolescentes al llenar el formulario y otros estudios revisados en Cuba y el extranjero comprueban que no siempre declaran el maltrato al que son sometidos. Por ejemplo en México plantean que más del 80 por ciento de las y los adolescentes no acepta que exista violencia intrafamiliar en sus casas a pesar de que esta ha sido comprobada. (11, 12, 13, 14, 15, 16)

Al observar la tabla 4 podemos ver que un tercio de los adolescentes estudiados aceptan consumir alcohol de forma regular (35 para un 33,98%), mientras que 68 (66,02%) no lo consumían. Estas cifras son muy alarmantes si tenemos en cuenta que el consumo de alcohol es determinante de la violencia extrema familiar, escolar y social, así como de muchas afecciones mentales, incluyendo el suicidio, durante la etapa de la adolescencia. (1, 17,18)

Estudios revisados plantean que aproximadamente un tercio de los niños de 9 a 17 años de edad presentaban ideas suicidas, sin que ello implicara necesariamente la presencia de una sicopatología asociada. (19, 20)

En la muestra, según apreciamos en la tabla 5, habían 40 adolescentes para un 38.83% que refirieron al contestar el formulario que en algún momento durante el último mes habían tenido ideación suicida; mientras que 63 (61,16%) negaron haber tenidos estas ideas.

Estas son cifras bastante elevadas con respecto a otros estudios. Según la Dra. Isabel Pérez-Olmos la prevalencia de ideación suicida en la población en Bogotá oscila entre el 10 y el 28 %. En Estados Unidos en los últimos 40 años el 20% de los estudiantes universitarios han abrigado pensamientos suicidas durante sus carreras universitarias. El 11,8% de las adolescentes mexicanas presentaron

DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE IDEA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y SU ASOCIACIÓN CON ALGUNAS VARIABLES

todos los síntomas de ideación suicida. (19, 21, 22, 23)

Estas cifras mayores a las revisadas pudieran explicarse porque trabajamos con adolescentes y, cuando el niño llega a la edad de la adolescencia, se enfrenta 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. (3)

Algo similar ocurre cuando se estudian determinadas poblaciones como en una investigación que realizó durante dos años la Dra. *Luz de Lourdes Eguiluz* con estudiantes psicología de México. Los resultados nos indican que el 51% de los estudiantes de psicología pensó por lo menos en la última semana en suicidarse, lo cual es un dato sumamente alto. (7,11)

Si consideramos que la mayoría de sujetos con ideación suicida desarrollaban planes de suicidio cuando piensan en el suicidio (1) debemos concluir que este es un aspecto sobre el que debemos orientar nuestra intervención preventiva ya que un elevado número de los adolescentes estudiados concibieron la muerte como una solución a sus problemas.

En la tabla 6 podemos ver que de los 40 adolescentes que tenían ideas suicidas solo 21 para el 52,50% de ellos se las comunicaron a otra persona allegada, mientras que 19 (47,50%) se las callaron.

Es preocupante que en nuestro estudio casi la mitad de los adolescentes con ideas suicidas no las comunicaron nadie y por tanto no pudieron recibir ayuda. Un elemento positivo es que la mayoría de los que sí las expresaron lo hicieron con sus madres en lugar de con un amigo u otra persona fuera del núcleo familiar.

En la tabla 7 podemos observar como de los 18 adolescentes que tenían antecedentes personales de trastornos psiquiátricos, solo 10 presentaron ideas suicidas (9,71%) mientras que 8 no las presentaron (7,77%). Por otro lado de los 85 que no tenían antecedentes personales de estos trastornos, en 30 estuvo presente la ideación suicida (29,12%) pero en 55 esta no se observó (53,39%).

Contrario a lo encontrado las bibliografías antes mencionadas y en otras revisadas, en nuestros adolescentes no se estableció una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de antecedentes personales de enfermedades psiquiátricas y la aparición de ideas suicidas ($p > 0,05$).

La relación de los antecedentes de enfermedades psiquiátricas en la familia con la aparición de ideas suicidas en los adolescentes del IPOL "Manuel Valdés" de Artemisa se establece en la tabla 8. Podemos ver que de los 27 estudiantes que tenían familiares con enfermedades psiquiátricas 18 (17,47%) tenían ideas suicidas mientras que 9 no las tenían (8,74%). Por otra parte dentro de los que no tenían estos antecedentes 22 tenían ideas suicidas (21,36%) mientras que 54 no las tenían (52,43%). Se comportaron por tanto como variables asociadas ($p < 0,05$).

Algo similar podemos encontrar si revisamos el volumen del AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY correspondiente al mes de septiembre de 2005 donde se plantea que los parientes de primer grado

DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE IDEA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y SU ASOCIACIÓN CON ALGUNAS VARIABLES

de personas con trastornos del estado del ánimo e intento suicida tienen un riesgo mayor (23.2%) de aparición de las ideas suicidas que en la población general en EEUU. (23)

La relación entre la dependencia del alcohol y el suicidio es compleja, porque la dependencia del alcohol es una alteración heterogénea que tiene un efecto devastador en los ambientes social, familiar y profesional, pero también en los rasgos psicológicos y la morbilidad psiquiátrica. No se comprende totalmente la manera en que la dependencia del alcohol aumenta el riesgo de conducta suicida, aunque se han formulado hipótesis diferentes, que implican sobre todo el efecto del alcohol en el metabolismo y el recambio de la serotonina. Esto indicaría que el consumo de alcohol modifica directamente el riesgo de conducta suicida.

Entre los jóvenes que consumen alcohol y otras drogas aumenta la violencia contra los demás y contra sí mismos. (17)

La prevalencia de suicidio en el alcoholismo se estima en un 58% superior a la correspondiente a la población general, protagonizando aquellos el 30% de los suicidios consumados. Bergland (1984) habla en la literatura de prevalencias de un 5 a un 30% de los alcohólicos; Freixa y Bach (1981) refieren 5,6% de suicidios consumados y 19,4% de tentativas de autólisis, Rodríguez y Martos (1977) encontraron un 18% de antecedentes de tentativa de autólisis en un colectivo de pacientes internados por su alcoholismo, en un centro psiquiátrico, donde el Intento de Suicidio fue el motivo de ingreso en el 10% de estos enfermos.

En México el riesgo es tres veces mayor en los pacientes que presentan un patrón de consumo de alcohol consuetudinario (OR = 3.3) (24, 25).

Los adolescentes que tienen problemas con el alcohol y con las drogas también corren más riesgo de tener ideas y comportamientos suicidas. El alcohol y algunas otras drogas tienen efectos depresivos sobre el cerebro. El mal uso de estas sustancias puede desencadenar una depresión grave. Esto es especialmente cierto para algunos adolescentes que ya eran proclives a la depresión por su biología, antecedentes familiares u otros factores estresantes.

El problema se puede agravar porque muchas personas deprimidas se refugian en las drogas y el alcohol, sustancias que utilizan como vía de escape. Pero no son conscientes de que los efectos depresivos que las drogas y el alcohol tienen sobre el cerebro, de hecho, pueden exacerbarles la depresión a largo plazo.

Aparte de tener efectos depresivos, las drogas y el alcohol alteran la capacidad de raciocinio de la persona. Interfieren con su capacidad de valorar los riesgos, hacer buenas elecciones y pensar en soluciones sensatas a los problemas reales. (25)

El tabla 9 se distribuye la muestra según la asociación entre el consumo de alcohol y la presencia de idea suicida. De los 35 adolescentes que consumían alcohol, 17 refirieron ideas suicidas (16,50%); mientras que 18 no las presentaron (17,48) mientras que de los 68 que no consumían bebidas alcohólicas 23 habían presentado ideas suicidas en el último mes (22,33%) y 45 no las presentaron (43,69). En este estudio se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el consumo

DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE IDEA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y SU ASOCIACIÓN CON ALGUNAS VARIABLES

de alcohol y la presencia de ideas suicidas ($p > 0,05$).

Por otra parte la presencia de violencia en el medio familiar vicia las relaciones entre sus miembros, disminuyendo la autoestima y favoreciendo la conducta suicida.

El Clima Social familiar desempeña una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos, y que actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio propiciando una menor o mayor vulnerabilidad para el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su ambiente familiar. Existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión.

Cuando un adolescente es maltratado aumentan sus sentimientos de ser rechazado por los padres apareciendo relación ambivalente con los progenitores, frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza que pueden conducirlo a atentar contra su vida. (24)

En la tabla 10 se puede observar como que la idea suicida estuvo presente en 25 de los 39 adolescentes maltratados (24,27%) y solo 14 de ellos no refirieron estas ideas (13,59%). Entre los adolescentes que no refirieron ser maltratados 15 tenían ideas suicidas (14,56%) y 49 no las presentaron (47,57%). Se demostró que las ideas suicidas en los adolescentes del IPOL "Manuel Valdés" se asocian al maltrato infantil con un valor de $p < 0,05$.

Cuando un adolescente expresa su intención de quitarse la vida, jamás deberíamos desatender este llamado de atención. Seguramente, muchos de estos chicos no van a llevar a cabo actos suicidas. Pero lo importante es que algunos sí lo harán. La mayoría de los muchachos y las chicas que se suicidan han verbalizado previamente su deseo de morir o, concretamente, han amenazado con suicidarse. (24)

La Organización de Naciones Unidas (ONU) afirma que cerca de un millón de personas se suicida cada día en el mundo, una persona cada 40 segundos. Por cada individuo que comete un acto de este tipo, otros 20 intentan acabar con su vida. Sin embargo nadie ha podido precisar con exactitud cuántas personas han tenido ideas suicidas. (4)

En Cuba, el sistema de salud ha alcanzado un desarrollo que ha permitido un salto cualitativo en una atención cada vez más integral a los problemas que afectan el estado de salud del hombre y su familia. Los progresos actuales en la atención primaria han hecho posible la creación de un Programa Nacional de Prevención y Seguimiento de la Conducta Suicida. La incidencia de la conducta suicida ha tenido en los últimos años una tendencia a disminuir, aunque continúa siendo un problema, ya que ocupa la cuarta causa de mortalidad general y la segunda en las edades entre 15 y 49 años según datos reflejados en el Anuario Estadístico de 2005 del Ministerio de Salud Pública. (26)

El suicidio puede entenderse como un proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte auto infringida es decir con el

DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE IDEA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y SU ASOCIACIÓN CON ALGUNAS VARIABLES

suicidio consumado.

Consideramos que ese proceso podría truncarse si lo descubrimos desde su primera fase: la idea suicida.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de los adolescentes del IPOL "Manuel Valdés" no tenían antecedentes patológicos personales ni familiares de trastornos psiquiátricos.
2. Poco más de un tercio de los adolescentes reconocieron ser maltratados en su hogar y admitieron consumir alcohol.
3. El 38.83% de los adolescentes han tenido ideas suicidas en el último mes pero solo la mitad de ellos se la comunicó a otra persona, quien en la mayoría de los casos fue su mamá.
4. Se encontró una asociación entre la presencia de ideas suicidas en estos adolescentes con los antecedentes psiquiátricos familiares y con la presencia de maltrato infantil ($p < 0,05$).
5. Se encontró una asociación entre la presencia de ideas suicidas en estos adolescentes con los antecedentes psiquiátricos familiares y con la presencia de maltrato infantil ($p < 0,05$). Sin embargo no hubo asociación entre la presencia de ideas suicidas y los antecedentes personales de trastornos psiquiátricos y el consumo de alcohol.

DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE IDEA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y SU ASOCIACIÓN CON ALGUNAS VARIABLES

RECOMENDACIONES

1. Realizar talleres educativos con los adolescentes del IPOL "Manuel Valdés" para promover formas sanas de esparcimiento que no estimulen el consumo de alcohol.
2. Utilizar las reuniones de padres en el IPOL "Manuel Valdés" para promover una relación familiar funcional y armónica donde se respete a los adolescentes y se evite el maltrato infantil.
3. Desarrollar en los adolescentes mecanismos de enfrentamiento a las dificultades propias de esta etapa de la vida para aumentar su resiliencia, disminuyendo así la aparición de ideas suicida como solución a los problemas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez S.A. ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?(2003). Publicado en:
<http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/index.shtml>.
2. Ministerio de Salud y Ambiente. Sistema Estadístico de Salud. Agrupamiento de Causas de Mortalidad por División Política Territorial de Residencia, Edad y Sexo. República Argentina. Año 2006-2007.
3. Shaffer C, Waslick BD. The Many Faces of Depression in Children and Adolescents. Review of Psychiatry (vol 2 nº 2) . American Psychiatric Publishing Inc. Washington. 2006.
4. United Nations. WHO. Prevention of Suicide. Guidelines for the Formulation and Implementation of National Estrategies. New York, 2007.
5. ALCMEON 47 Año XV - Vol.12 Nro. 3- octubre de 2005 pag. 211 a 231.
6. Gwendolyn Portzky; Kurt Audenaert; Kees van Heeringen. Trastornos adaptativos y curso del proceso suicida en adolescentes. J AFFECT DISORD. 2005; AGO;87(3):265-270 .
7. UNICEF. Las voces de niñas, niños y adolescentes sobre la violencia, Consulta de América Latina en el marco del Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños. New York,2006.
8. Rev Cubana Med Gen Integr 2002;18(1):33-45
9. MINSAP. Carpeta Metodológica de atención primaria de la salud y medicina familiar. VII reunión metodológica del MINSAP, s/a; 145.
10. Christmans Andrea. El suicidio de los adolescentes. Disponible en:

DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE IDEA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y SU ASOCIACIÓN CON ALGUNAS VARIABLES

<http://www.unam.mx/rompan/24/>)

11. Cuevas Gutierrez José Luis y colaboradores. Antología para el curso de psicología, Universidad de Guadalajara, SEMS, Escuela preparatoria No. 10, México, Febrero de 2000, p.p 131-132.
12. Loredó AA. Maltrato al menor. Interamericana McGraw-Hill, México D.F 1994.
13. Thomson WK, Mc Carley AL. Practical considerations in the evaluation and management of child neglect. Clin Fam Pract. 2003;5(1):1-19.
14. Fernández Couce Gladys. Maltrato oculto en adolescentes. Hospital Pediátrico "Juan M. Márquez". Rev Cub Salud Pública 2006;32 (3).
15. Milian Martínez M, Acosta González A. Percepción del maltrato infantil en el Consultorio 72 del municipio Artemisa en el año 2006. [Tesis],Artemisa: Facultad de Ciencias Médicas del oeste de La Habana;2007.
16. Milian Martínez M, Acosta González A. Percepción del Maltrato Infantil en madres de niños ingresados en el hospital "Ciro Redondo". 2006.
17. González Menéndez Ricardo. Cómo enfrentar el peligro de las drogas. Ed. Oriente, Santiago de Cuba,2000.
18. Pratt HD, Greydanus DE. Violence: concepts of its impact on children and youth. Pediatr Clin North Am. 2003;50:963-1003.
19. Pérez-Olmos Isabel, Ibáñez-Pinilla Milcíades, Reyes-Figueroa Julio C. Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. Rev. salud pública. Vol10 (3):374-385, 2008.
20. Gunnell D; Harbord R; Singleton N; Jenkins R; Lewis G. Factores que influyen el desarrollo y la mejora de los pensamientos suicidas en la población en general. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2004 NOV;185:385-393.
21. González-Forteza Catalina , Berenzon-Gorn Shoshana , Tello-Granados AM, Facio-Flores D, Medina-Mora Icaza ME. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. Salud Publica Mex 1998;40:430-437
22. Eguiluz L. L. Ideación suicida. Perspectivas Sistémicas. nº 78,2003 (Septi-Oct).
23. John Mann J; Bortinger Jonathan; Oquendo MA; Currier D; Shuhua Li; David A. Brent. Antecedentes familiares de comportamiento suicida y de trastornos del estado del ánimo. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY.

DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE IDEA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y SU ASOCIACIÓN CON ALGUNAS VARIABLES

2005 SEP;162(9):1672-1679.

24. Galardo Raen L. "Factores de riesgo en el intento suicida" [Tesis], Universidad de Camagüey; Camagüey. 1992.

25. Fernández D´Adam G. Suicidio: También debemos prevenirlo. [monografía en Internet]. Disponible en:

<http://www.asociacionantidrogas.org.ar/gacetillas/suicidio.htm>

ANEXOS

Anexo 1

FORMULARIO

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

Muchas gracias

1. Antecedentes Psiquiátricos Personales.

Padece o padeció usted de (Marque con una X).

Sonambulismo ___ Terror Nocturno ___ Enuresis ___

Trastorno Hiperquinético ___ Retardo del desarrollo psíquico ___ Ansiedad ___ Depresión ___
Otras _____

Ha intentado matarse alguna vez: Si ___ No ___

Ha consumido alcohol (bebidas alcohólicas): Si ___ No ___

Cuando haces algo incorrecto tus padres te maltratan físicamente, te humillan o te amenazan: Si ___
No ___

2. Antecedentes Psiquiátricos Familiares

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

Si ___ No ___

Si es positiva la respuesta marque con una X según corresponda.

___ Retraso Mental ___ Trastorno Depresivo ___ Esquizofrenia

___ Sonambulismo ___ Trastorno Maníaco ___ Trastorno Ansioso

___ Terror Nocturno ___ Hiperquinésis ___ Alcoholismo

___ Intento suicida ___ Suicidio ___ Enuresis

___ Sin precisar ___ Otras: _____

3. Idea suicida

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

___ La vida no tiene sentido ___ Que es mejor morirse

___ Lo que debiera es morirme ___ La muerte es la solución para los problemas

___ La vida no vale la pena vivirla

DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE IDEA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y SU ASOCIACIÓN CON ALGUNAS VARIABLES

Te haz imaginado que te haz matado (de cualquier forma)

Te vas a matar y no sabes como 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

DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE IDEA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y SU ASOCIACIÓN CON ALGUNAS VARIABLES

Anexo 2

Tabla 1. Distribución de la muestra según los Antecedentes Psiquiátricos

Personales.			
Trastornos Psiquiátricos	FA n=103	FR ~1	P ~100
Terror Nocturno	7	0,067	6,79
Enuresis	4	0,038	3,88
Trastorno de ansiedad	2	0,019	1,94
Intento Suicida	3	0,029	2,91
Sonambulismo	2	0,019	1,94
TDAH*	1	0,009	0,97
Trastorno Bipolar	1	0,009	0,97
RDP**	1	0,009	0,97
No presencia	85	0,825	82,52

Fuente: formulario aplicado.

Leyenda: *TDAH: Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperquinésis.

** RDP: Retardo del Desarrollo Psíquico

Tabla 2. Distribución de la muestra según la presencia de Antecedentes

Psiquiátricos Familiares.			
Presencia de Antecedentes Psiquiátricos familiar	FA n=103	FR ~1	P ~100
Si	27	0.262	26.21
No	76	0.737	73,78

Fuente: formulario aplicado.

Tabla 3. Distribución de la muestra según la presencia de Maltrato Infantil.

Presencia de Maltrato Infantil.	FA n=103	FR ~1	P ~100
Si	39	0.378	37,86
No	64	0.621	62.14

Fuente: formulario aplicado.

DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE IDEA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y SU ASOCIACIÓN CON ALGUNAS VARIABLES

Tabla 4. Distribución de la muestra según la presencia de Consumo de Alcohol.

Consumo de Alcohol	FA	FR	P
	n=103	~1	~100
Si	35	0.339	33,98
No	68	0.660	66.02

Fuente: formulario aplicado.

Tabla 5. Distribución de la muestra según la presencia de idea suicida.

Presencia de Idea Suicida.	FA	FR	P
	n=103	~1	~100
Si	40	0.388	38.83
No	63	0.611	61,16

Fuente: formulario aplicado.

Tabla 6. Distribución de la muestra según la comunicación de la idea suicida.

Comunicación de la idea suicida	FA	FR	P
	n=40	~1	~100
Si	21	0,525	52,50
No	19	0,475	47,50

Fuente: formulario aplicado.

DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE IDEA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y SU ASOCIACIÓN CON ALGUNAS VARIABLES

Tabla 7. Distribución de la muestra según la asociación de la presencia de idea suicida y antecedente psiquiátrico personal.

Presencia de Idea Suicida	Antecedente Psiquiátrico Personal				Total	
	Si		No		FA	P
	FA	P	FA	P		
Si	10	9,71	30	29,13	40	38,84
No	8	7,77	55	53,39	63	61,16
Total	18	17,48	85	82,52	103	100,00

Fuente: formulario aplicado. $p > 0,05$

Tabla 8. Distribución de la muestra según la asociación de la presencia de idea suicida y antecedente psiquiátrico familiar.

Presencia de Idea Suicida	Antecedente Psiquiátrico Familiar				Total	
	Si		No		FA	P
	FA	P	FA	P		
Si	18	17,47	22	21,36	40	38,83
No	9	8,74	54	52,43	63	61,17
Total	27	26,21	76	73,79	103	100,00

Fuente: formulario aplicado. $p < 0,05$

DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE IDEA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y SU ASOCIACIÓN CON ALGUNAS VARIABLES

Tabla 9. Distribución de la muestra según la asociación de la presencia de idea suicida y el consumo de alcohol.

Presencia de Idea Suicida	Consumen Alcohol				Total	
	Si		No		FA	P
	FA	P	FA	P		
Si	17	16,50	23	22,33	40	38,83
No	18	17,48	45	43,69	63	61,17
Total	35	33,98	68	66,02	103	100,00

Fuente: formulario aplicado. $p > 0,05$

Tabla 10. Distribución de la muestra según la asociación de la presencia de idea suicida y la presencia de maltrato infantil.

Presencia de Maltrato	Presencia de Idea Suicida				Total	
	Si		No		FA	P
	FA	P	FA	P		
Si	25	24,27	14	13,59	39	37,86
No	15	14,56	49	47,57	64	62,13
Total	40	38,83	63	61,17	103	100,00

Fuente: formulario aplicado. $p < 0,05$