



Trabajo original

Facultad de Ciencias Médicas de Holguín, “Mariana Grajales Coello”.

Epidemiología de la conducta suicida en la Policlínica Docente “René Ávila Reyes”.

Suicidal behavior epidemiology at “René Avila Reyes” teaching polyclinic.

Tatiana Zoila Ochoa Roca¹, Maria Lucia Vásquez Concepción², Maria de los Ángeles Carrasco Feria³, Marianela Sánchez Fernández⁴, Milca Sofía Cruz Casaus⁵.

1. Especialista de Segundo Grado en MGI. Profesor Asistente y Metodólogo de la Policlínica “René Ávila Reyes”.
2. Especialista de Primer Grado en MGI. Profesor Asistente y Metodólogo de la Policlínica “Pedro Díaz Coello”.
3. Especialista de segundo Grado en MGI. Profesor Instructor de la FCMH. Metodólogo del Departamento de MGI.
4. Especialista de Primer Grado en MGI. Profesor Instructor de la FCMH. Metodólogo del Departamento de MGI.
5. Especialista de Segundo Grado en MGI Profesor Asistente de la FCMH, Metodólogo del Departamento de Investigaciones.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y de serie de casos sobre el comportamiento de la conducta suicida en el área de salud “René Ávila Reyes”, municipio Holguín en el período de enero 2006 a diciembre 2007. La muestra estuvo integrada por 50 pacientes con conducta suicida. Para la recolección de información se diseñó una entrevista, la cual incluyó las variables de estudio. Los adolescentes, las mujeres y amas de casa fueron las más afectadas en el intento suicida. El grupo de 31 a 40 años de edad, del sexo masculino y desocupados, tuvo mayor incidencia en el suicidio. Los métodos más frecuentemente empleados en el intento son la ingestión de tabletas y el ahorcamiento. Los antecedentes patológicos familiares y personales de conducta suicida constituyeron un factor importante; así como el conflicto principal que desencadenó la conducta, estuvo dado por la depresión marcada y los problemas de pareja, en mayor frecuencia. Se propuso el diseño de una estrategia de intervención comunitaria para lograr un impacto en el área de salud.

Palabras clave: conducta suicida, intento suicida, suicidio.

ABSTRACT

A decriptive and cross- sectional study on suicidal behavior at “René Avila Reyes” polyclinic was carried out from January 2006 to December 2007. The sample was constituted by 50 patients with suicidal behavior. To collect the sample an interview was done which included the study variables. Adolescents, women, and housewives were the most affected groups. The group between 31 and 40 years old, male sex and unoccupied persons had the higher incidence. The

most frequently methods used were pills ingestion and hanging attempt. Family and personal pathological antecedents of suicidal behavior constituted an important factor as well as the main conflict that caused the behavior which was characterized by depression and couple problems. A community intervention strategy was proposed in order to achieve excellent results in this health area.

Key words: suicidal behavior, suicidal attempt, suicide.

INTRODUCCIÓN

Un programa clínico de importancia que actualmente tiene que enfrentar el médico de familia es el de prevención de la conducta suicida, si se tiene en cuenta que es una de más frecuentes causas de disfunción a nivel mundial.

Etimológicamente el término suicidio deriva del griego, y significa sui: uno mismo y cidium: asesinato, su significado es entonces la muerte voluntaria de una persona, (matarse a uno mismo). A escala global, el suicidio representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad. En investigaciones realizadas sobre esta problemática se plantea que en este milenio los suicidios registrados en todo el mundo superan la cifra de muerte por homicidio y por guerras. ⁽¹⁾

En nuestro país, las enfermedades transmisibles se mantienen bajo control; ocupan los primeros lugares como causa de muerte las enfermedades crónicas no transmisibles, y el suicidio no está excepto, pues constituye un problema de salud en Cuba y en nuestra provincia ⁽¹⁾. Nuestro Ministerio de Salud Pública desde el año 1985 puso en vigor un programa de prevención de la conducta suicida, en el que se norman el desarrollo de un conjunto de acciones de salud, encaminadas a prevenir la conducta suicida, ya que este es un fenómeno multifactorial en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales.

Según los conocimientos actuales, el tema en cuestión es resultado de una falla en los mecanismos de adaptación del sujeto a su medio ambiente, provocada por una situación conflictiva situacional o permanente, o como consecuencia de un desequilibrio de su psicología interna atribuible a diversas causas. ⁽²⁾⁽³⁾

En la prevención de la conducta suicida el médico de familia desempeña una importante papel pues constituye el primer eslabón o contacto del paciente con la atención primaria de salud; esto lo sitúa en una posición única para enfrentar esta amplia problemática y en especial para ejercer acciones de prevención.

El comportamiento de la conducta suicida es un importante problema de salud en nuestra área y merita de todos nuestros esfuerzos. Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado nos motivamos a realizar esta investigación en la que describiremos el comportamiento de esta problemática según el grado de afectación psicológica y social de esta patología sobre los pacientes afectados y su familia.

Estos fundamentos nos llevaron a identificar el problema científico: ¿Cuál es el comportamiento de la conducta suicida en el área de salud “René Ávila Reyes”. 2006-2007?

Nuestro objetivo fue describir el comportamiento de la conducta suicida en el área de salud “René Ávila Reyes” durante el 2006-2007; estimar su incidencia en el período estudiado, describir su comportamiento según edad, sexo, ocupación, método empleado, antecedentes patológicos familiares y personales; así como los conflictos que la desencadenaron.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y de serie de casos sobre el comportamiento de la conducta suicida en el área de salud “René Ávila Reyes”, en el período comprendido desde enero de 2006 a diciembre de 2007. El universo y la muestra estuvieron integrados por un total de 50 pacientes con conducta suicida, distribuidos en 44 personas con intento suicida y seis fallecidos por suicidio en el período de estudio.

Operacionalización de variables:

.- Estimar la incidencia de la conducta suicida durante el período escogido: el resultado de la conducta suicida incluye intento y suicidio con un indicador en número absoluto y porcentaje.

.- Describir el comportamiento de la conducta suicida según las variables siguientes:

-Edad (grupos por años cumplidos): de 11 a 20, de 21 a 30, de 31 a 40, de 41 a 50, de 51 a 60, de 60 años y más.

-Sexo: masculino y femenino

-Ocupación: estudiante, trabajador, ama de casa, trabajador por cuenta propia, jubilado, desocupado

-Método empleado: ingestión de tabletas, ingestión de sustancias tóxicas, ahorcamiento, auto agresión (sección de vasos sanguíneos), quemaduras.

-Antecedentes patológicos familiares: con antecedentes y sin antecedentes para ello se interrogaron a los familiares hasta el tercer género de consanguinidad.

-Antecedentes patológicos personales: se revisaron las historias clínicas individuales, discusiones y encuestas de los pacientes con antecedentes y sin antecedentes de conducta suicida.

-Conflictos que desencadenaron la conducta suicida. Nos auxiliamos del llenado de las encuestas epidemiológicas establecidas y en la discusión de los casos donde sólo escogimos el problema medular que originó la conducta entre ellos: trastornos psiquiátricos, problemas con la pareja, problemas laborales, problemas legales, problemas familiares y depresión marcada con el indicador expresado en número absoluto y porcentaje.

Mediante la revisión de tarjetero centralizado de citología orgánica de la policlínica, no se reveló en ningún momento la identidad de las pacientes con citologías alteradas sólo fue del conocimiento de la autora con fines investigativos. En todos los pacientes estudiados se solicitó el consentimiento informado (anexo I) y se precisó que en respuesta negativa no se afectaría la atención médica establecida a ella o su familia, se les explicó las características del trabajo.

Se revisó el libro de control de citología y las tarjetas de citologías (modelo 68.04), las historias clínicas individuales, familiares según consultorio de pertenencia, y se aplicó una entrevista (anexo II). Fue aplicada una entrevista.

Los datos fueron procesados mediante métodos de estadística descriptiva como números absolutos y cálculo de porcentaje. Se confeccionó una base de datos con la ayuda de Microsoft Excel (Office, 2003). Los resultados se presentan en tablas y gráficos estadísticos.

La estrategia de búsqueda bibliográfica, se sustentó en textos clásicos, revistas impresas y en formato digital en INFOMED, el metabuscador Google, base de datos como EBSCO, MEDLINE y PUBMED sobre artículos de la temática correspondientes al período de 2000 al 2004.

RESULTADOS

En nuestra área de salud en el período de enero de 2006 a diciembre de 2007 se reportó un total de 50 casos de conducta suicida (tabla I); distribuidos en 44 intentos suicidas. En el año 2006 tuvo el siguiente comportamiento: 27 intentos y 4 suicidios; y en el 2007 se notificaron 17 pacientes que cometieron intento suicida y 2 consumaron el hecho.

Estas estadísticas demostraron que este fenómeno de salud constituye una prioridad de trabajo para el Grupo Básico de Trabajo y el Equipo de Salud Mental del área, pues aunque tuvimos una disminución en nueve casos en relación con este año, esta diferencia no es significativa.

Tabla I. Comportamiento de la conducta suicida en la Policlínica René Ávila Reyes. 2006-2007.

Conducta suicida	2006		2007		Total	
	No	%	No	%	No	%
Intento suicida	27	87,1	17	89,48	44	88,0
Suicidio	4	12,9	2	10,25	6	12,0
Total	31	100	19	100	50	100

Fuente. Registros Estadísticos del área de salud.

El comportamiento de la conducta suicida (tabla II) se manifestó en el caso de los intentos con mayor frecuencia en el grupo de edad de 11 a 20 años con un 40,90%, seguido del grupo de 21-30 años y 31 a 40 años que reportan iguales cifras (31,40%) a medida que aumenta la edad apreciamos que decrece la presencia de esta conducta en los casos estudiados. Nos preocupó el alto porcentaje de adolescentes y jóvenes que mantuvieron una conducta autodestructiva, pues hemos visto en la práctica que muchas personas que se suicidan, tiene antecedentes de intentos suicidas desde jóvenes y los han repetido varias veces con métodos cada vez más letales, hasta que logran poner fin a sus vidas. ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

Con respecto al suicidio observamos un predominio de las edades entre 31 a 40 años con un 33,32%; nos alertó al revisar los datos que se reportó un suicidio en el grupo de adolescentes, esto corrobora lo expresado por los autores consultados cuando plantean que la adolescencia es un grupo de riesgo importante con el que es necesario trabajar seriamente. ⁽¹³⁾

Nuestros resultados, en relación con el suicidio, nos orientan hacia la intensificación del trabajo preventivo desde edades tempranas e identificar factores de riesgo en el individuo y la familia.

Tabla II. Distribución de la conducta suicida según edad. “Policlínica René Ávila Reyes”. 2006-2007.

Grupo de Edades	Intento Suicida		Suicidio		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
11 a 20 años	18	40,9	1	16,67	19	38
21 - 30 años	8	18,18	1	16,67	9	18
31 - 40 años	11	25,0	2	33,32	13	26
41 - 50 años	3	6,81	1	16,67	4	8
51 - 60 años	3	6,81	--	--	3	6
+ 60 años	1	2,27	1	16,67	2	4
Total	44	100	6	100	50	100

Fuente: Entrevista

En cuanto a la distribución de los casos según sexo (tabla III) existió una mayor incidencia de los intentos suicidas en el sexo femenino con un 70,45% y en el suicidio predomina el sexo masculino en el 83,33% de los pacientes.

Generalmente las mujeres intentan más que los hombres quitarse la vida, ya que debido a su genotipo tienen mayores dificultades a asumir o acatar decisiones complejas y difíciles, en ocasiones no toleran las frustraciones y utilizan esta conducta para enajenarse del problema que originó el intento.

En la literatura revisada encontramos que existe una tendencia al incremento de los intentos en el sexo femenino. ⁽¹⁶⁾ ⁽⁸⁾. El Dr. Bladimir Torres Lio-Coo en un estudio realizado en el Hospital Militar “Carlos J. Finlay” en el año 2003 demuestra que las féminas son atendidas con mayor frecuencia en los servicios de Urgencia Médica por intento suicida. Otros autores plantean que el sexo femenino tienen características específicas para enfrentar los acontecimientos de la vida ya que son más débiles en su constitución física y psíquicamente, por el rol que desempeñan en la sociedad se ven más afectadas al enfrentar tareas complejas y condiciones críticas en su esfera personal.

El sexo masculino es el más implicado en el suicidio consumado, porque el hombre valora la independencia y la indecisión, considerando que el pedir ayuda ante una situación adversa es signo de debilidad, criticándola a toda costa. ⁽⁹⁾ Esto coincide con otros trabajos donde plantean que el 70% de todos los suicidios se producen en el hombre. ⁽¹⁶⁾

Tabla III. Distribución del número de pacientes con conducta suicida según sexo. “Policlínica René Ávila Reyes”. 2006-2007.

Sexo	Intento Suicida		Suicidio		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	31	70,45	1	16,67	32	64
Masculino	13	29,55	5	83,33	18	36
Total	44	100	6	100	50	100

Fuente: Entrevista

En relación con la ocupación laboral de los pacientes con conducta suicida (tabla IV), el intento suicida predominó en un 38,63% y un 29,54% en las amas de casa y los estudiantes, respectivamente. El suicidio representó una mayor incidencia en los desocupados con un 66,66%. Consideramos que esta situación en las amas de casas puede estar dada porque en las mujeres en la etapa reproductiva de la vida se le unen a las preocupaciones de índole domésticas, las familiares y conyugales. También debemos prestar mucha atención al grupo de estudiantes, considerándolos como grupo de riesgo por todos los cambios y procesos a los que tienen que enfrentarse. ⁽¹⁰⁾Estos resultados coinciden con la bibliografía consultada. ⁽¹¹⁾⁽⁷⁾

Los desocupados fueron los más afectados en el suicidio, ya que independientemente del tiempo que pasan entregados al ocio, en ocasiones son víctimas de sentimientos de poca utilidad, problemas económicos e inferioridad, engendrándose de esta forma dificultades para el desempeño de las actividades sociales, personales y familiares, lo cual rompe el equilibrio existente entre el individuo y su medio que resultó ser una motivación aparente para el suicidio.

Tabla IV. Distribución del número de pacientes con conducta suicida según ocupación laboral. "Policlínica René Ávila Reyes". 2006- 2007.

Ocupación	Intento Suicida		Suicidio		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Estudiante	13	29,54	1	16,67	14	28
Trabajador	5	11,36	--	--	5	10
Ama de Casa	17	38,63	1	16,67	18	36
Trabajador por cuenta propia	1	2,27	--	--	1	2
Jubilado	3	6,81	--	--	3	6
Desocupado	4	9,09	4	66,66	8	16
Total	44	100	6	100	50	100

Fuente: Entrevista

Al analizar los métodos empleados en la conducta suicida (tabla V) el más utilizado en el intento fue la ingestión de tabletas en un 81,81% y en el suicidio, el ahorcamiento en el 83,33% de los enfermos. En nuestro trabajo esto tuvo relación con el sexo, pues hubo un mayor predominio en el sexo femenino y esto coincidió con el método empleado, ya que en el intento suicida y sobre todo las mujeres tienen elección por métodos blandos como: ingestión de tabletas, sustancias tóxicas. En el caso del suicidio el método de elección son los llamados métodos duros: ahorcamiento, degollamiento, uso de armas de fuego, precipitación desde altura, este método es utilizado según la bibliografía revisada por el sexo masculino y en este estudio coincide que el suicidio afectó más a los hombres.

Las mujeres utilizan métodos menos letales, sin intención de privarse la vida, lo que se conoce en la literatura como grito de ayuda, que representa una forma de llamar la atención ante situaciones de estrés del medio. ⁽¹⁶⁾ En la literatura revisada encontramos que el método de suicidio varía de una región a otra y está dado por el acceso que tenga el suicida al método en particular. ⁽¹⁷⁾

Tabla V. Método empleado por los pacientes con conducta suicida. “Policlínica René Ávila Reyes”. 2006 –2007.

Método Empleado	Intento Suicida		Suicidio		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ingestión de Tabletas	36	81,81	--	--	36	72
Ingestión de Sustancias Tóxicas	6	13,63	--	--	6	12
Ahorcamiento	1	2,27	5	83,33	6	12
Sección de Vasos Sanguíneos	1	2,27	--	--	1	2
Quemaduras	--	--	1	16,67	1	2
Total	44	100	6	100,00	50	100,00

Fuente: Entrevista

Los antecedentes patológicos familiares de los pacientes con conducta suicida llamaron la atención en nuestra investigación (tabla VI), tenemos un predominio del 74% con esta conducta, 72,72% y el 83,33% para el intento y los suicidios, respectivamente.

Tabla VI. Antecedentes patológicos familiares de los pacientes con conducta suicida. “Policlínica René Ávila Reyes”. 2006 – 2007.

Antecedentes Patológicos Familiares	Intento Suicida		Suicidio		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Con antecedentes	32	72,72	5	83,33	37	74
Sin antecedentes	12	27,28	1	16,67	13	26
Total	44	100	6	100	50	100

Fuente: Entrevista

En cuanto a los antecedentes de conducta suicida (tabla VII), estuvo presente en el 62% de los casos, en el 59,09% y 83,33% de los intentos suicidas y los suicidios, respectivamente.

En estudios realizados se plantea que el 60% de los suicidios tienen antecedentes de intentos previos y al respecto se enfatiza en que es más probable que se quite la vida una persona que ya lo había intentado, que otra que nunca lo hizo.⁽⁶⁾ Otros estudios han concluido que en pacientes con intentos suicidas, finalmente se quitan la vida, hay personas con una marcada tendencia a la autodestrucción, es por eso que el antecedente de intento suicida es un factor de riesgo muy importante en este fenómeno.

Tabla VII. Antecedentes patológicos personales de los pacientes con conducta suicida. “Policlínica René Ávila Reyes”. 2006 – 2007.

Antecedentes Patológicos Personales	Intento Suicida		Suicidio		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Con antecedentes	26	59,09	5	83,33	31	62
Sin antecedentes	18	40,91	1	16,67	19	38
Total	44	100	6	100	50	100

Fuente: Entrevista

Los conflictos que desencadenaron la conducta (tabla VIII) fueron, fundamentalmente el problema medular o principal en los intentos suicidas y en el suicidio, la depresión marcada en el 31,81% y el 66,67% respectivamente, seguido de los problemas con la pareja en el 22,72% y los trastornos psiquiátricos con un 15,90% en los casos de intento, en el suicidio estos dos últimos problemas aportaron el 16,67%.

Teniendo en cuenta que en nuestro estudio la mayor casuística estuvo presente en los intentos suicidas de las féminas, coincidieron con los problemas de la pareja que tienen una mayor relevancia, ya que este conflicto se pone de manifiesto fundamentalmente en las mujeres, pues posteriormente a una discusión con la pareja ingieren las tabletas con la intención fundamentalmente de obtener ganancias o motivadas por un impulso y no de morir.

Otro conflicto de gran incidencia son los trastornos psiquiátricos presentes en algunos pacientes en las que ideas suicidas, constituyeron un síntoma de la enfermedad; y los problemas familiares, los cuales constituyeron por su carácter estable una importante fuente de estrés y si las personas no poseen buenos mecanismos de adaptación, los llevan a adoptar una conducta suicida.

Tabla VIII. Conflictos que desencadenaron la conducta suicida en los enfermos estudiados. "Policlínica René Ávila Reyes". 2006 – 2007

Conflicto principal	Intento Suicida		Suicidio		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Depresión Marcada	14	31,81	4	66,67	18	36
Problemas con la pareja	10	22,72	1	16,67	11	22
Trastornos psiquiátricos	7	15,90	1	16,67	8	16
Problemas familiares	8	18,18	--	--	8	16
Problemas laborales	3	6,81	--	--	3	6
Problemas legales	2	4,55	--	--	2	4
Total	44	100	6	100	50	100

Fuente: Entrevista

CONCLUSIONES

La incidencia de la conducta suicida fue mayor en el año 2006 que en el 2007 con predominio de los intentos suicida.

Los adolescentes y las mujeres fueron las más afectadas por intento suicida y los 9 pacientes de 31 a 40 años y del sexo masculino en el caso del suicidio.

Las amas de casa tuvieron mayor comportamiento en el intento, en ellas el método empleado que predominó fue la ingestión de tabletas. En el suicidio las personas sin vínculo laboral o desocupado y el ahorcamiento como método de elección, fueron los más frecuentes.

Los antecedentes patológicos familiares y personales de conducta suicida aportaron en ambos sexo el mayor número de casos y el principal conflicto que desencadenó la conducta estuvo dada por la depresión marcada y los problemas con la pareja.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guillot Moreno A. El suicidio como problema humano. *Avanz Científ* 2005, 8(3): 156-62 < http://www.atenas.inf.cu/publicaciones/revista_electrónica/articulos/Hospital.htm.> [Consulta 12 junio 2007].
2. Pérez Martínez VT, Lorenzo Parra Z. Repercusión familiar del comportamiento suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2004; 20(5-6): 23-34.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de higiene y Epidemiología. Programa de prevención de la conducta suicida. La Habana: s.n, 2006.
4. Casullo MM, Fernández Liporace M, Contin de González N. Estudio comparativo sobre adolescentes en riesgo suicida. *Invest Psicol.* 2005; 10(3): 21-36.
5. Bochner R. Perfil das intoxicacoes em adolescentes no Brasil no período de 1999 a 2001. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(3): 587-95.
6. Sánchez Pedraza R, Gómez Dara, Pinzón A, Guzmán Y. Aspectos generales sobre evaluación y manejo del paciente con conducta suicida. *Rev Fac Med* 2002; 49(2): 105-09.
7. Groori B, Rossignol AM, Barrero SP, Alaghehbandan R. Suicidal behavior by burns among adolescents in Kurdistan, Iran: a social tragedy. *Crisis* 2006; 27(1): 16-21.
8. Burns JJ, Sadof M, Kamat D. The adolescent with a chronic illness. *Pediatr Ann* 2006; 35(3): 206-10.
9. Charón Miranda M, Vargas Fajardo E, Mesa Laurente E. Análisis comparativo de la conducta suicida en un área de salud. *Rev Cubana Enfermer* 2001; 17(1): 51-57.
10. Vázquez Machado A. Caracterización clínico-epidemiológica del síndrome depresivo. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005; 17(3): 227-33.
11. Trenzado Rodríguez NB, Parras Trenzado E, Feliz López T. Suicidio, cuarta causa de muerte en Cárdenas, Matanzas. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2001; 39(2): 115-9.
12. Guibert Reyes W. Prevención de la conducta suicida en Atención Primaria de Salud (APS). *Rev Cubana Med Gen Integr* 2004; 18(2): 125-31.
13. Black ST. El uso de los sujetos sustitutos en el estudio del suicidio. *Eur J Psychiatr* 2001, 15(3): 133-36.
14. Torre E. El suicidio entre personas jóvenes: un análisis epidemiológico en tres provincias italianas. *Eur J Psychiatr* 2001; 15(3): 180-88.
15. Escogiendo morir. Una epidemia creciente entre los jóvenes. *Bull (WHO)* 2001; 79(12): 1175.
16. Adams TE. Evaluación del riesgo de suicidio: técnicas de prevención para desaparecer el gran potencial en la escuela. *Am J Pub Health* 2001; 91(5): 742-52.
17. Querejeta I. Valoración del paciente suicida. Riesgo y precaución. *Form Med Contin Atenc Prim* 2002; 9(3): 168-75.

Correspondencia: Dra. Tatiana Zoila Ochoa Roca. Correo electrónico: ochoa@cristal.hlg.sld.cu