

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE HOLGUIN
POLICLINICO PEDRO DEL TORO



**Comportamiento del intento suicida en adolescentes. Policlínico
Pedro del Toro Saad. Año 2020.**

Autora: Dra. Martha Madeleine Nieto Campo.

Residente de Tercer Año de Medicina General Integral.

Tutor: Dr. Marcelo Andrés Consuegra Marrero.

Especialista de 1er grado en Medicina General Integral

**TESIS PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECIALISTA DE
PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL.**

HOLGUÍN 2021

Dedicatoria.

A todos los que por algún extraño motivo están de acuerdo con mi manera de ver

la vida...

Agradecimientos.

A mis padres, a mis hermanos, a mis hijos, a mis amigos... por acompañarme siempre.

A mis profesores por la preparación para la vida...

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo y transversal del comportamiento del intento suicida en los adolescentes del policlínico Pedro del Toro, en el periodo comprendido de enero del 2020 a diciembre del 2020. Se analizó el comportamiento variables sociodemográficas, el funcionamiento familiar del entorno, métodos más utilizados, motivos y resultado final del intento suicida en adolescentes. Se concluyó que el sexo femenino fue el más representativo y la ingestión de medicamentos fue el método más empleado, seguido del ahorcamiento y lesiones autoinflingidas. El intento se consumó en el 14.6%. Cabe destacar que la causa fundamental es la disfunción familiar la cual predominó en ambos sexos y es la que constituye un problema de salud en nuestra comunidad, teniendo que extremar las medidas de control en los grupos más vulnerables.

DeSc: conducta suicida; Intento suicida; adolescentes.

ÍNDICE

Páginas

Resumen	
Introducción	1-4
Objetivos	5
Marco teórico	6-13
Diseño Metodológico	14-17
Análisis y discusión de los resultados	18-32
Conclusiones	33
Recomendaciones	34
Referencias Bibliográficas	35-43
Anexos	44-49

INTRODUCCIÓN

El intento suicida es un problema de salud frecuente en adolescentes que preocupa a padres, médicos generales, pediatras y demás factores involucrados en la atención y seguimiento de estos. Su manejo en muchas ocasiones resulta complejo y desalentador por el riesgo de suicidio, también llamado tentativa de suicidio. En él intervienen aspectos biológicos, psicológicos, sociales y éticos. El mismo tiene sus inicios desde épocas remotas, y las actitudes ante él han ido variando según la época y la cultura.¹

El término suicidio en sí evoca una referencia directa a la violencia y la agresividad. Aparentemente, Sir Thomas Browne fue quien acuñó la palabra suicidio en su obra *Religio medici* (1642), Médico y filósofo. Browne creó la palabra basándose en los términos del latín *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar). El término nuevo reflejaba el deseo de distinguir entre el homicidio de uno mismo y el hecho de matar a otra persona. Sin duda, en cualquier definición de suicidio la intención de morir es un elemento clave.¹

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana de 10 a 14 años, y la adolescencia tardía de 15 a 19 años.²

Si revisamos las estadísticas mundiales, podemos encontrar que aproximadamente la mitad de todas las muertes producidas por hechos de violencia, la constituye la conducta suicida. Podríamos decir que en un año fallecen por esta causa cerca de 1 millón de personas y se estima que para el 2021 alcanzará la cifra de 1 millón y medio de seres humanos que deciden quitarse la vida, según datos ofrecidos por la OMS, estos daños son los ocasionados a las personas, sin contar los que el acto autoinfligido provoca a la economía, a escala mundial.^{3,4}

En el caso de 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, el que ve el suicidio como una idea romántica y aquél que realmente lo lleva a cabo.

El suicidio es el resultado de un acto de la víctima dirigido contra su propia vida, acto que puede ser una lesión autoproducida o suicidio, o la realización de una actividad extremadamente peligrosa que, con toda probabilidad, conduce a un accidente fatal. Otro tipo de suicidio es el que se conoce como submeditado, en donde la intención de morir no es consciente, de manera que la víctima -sin reconocerlo- se autodestruye lentamente. Es el caso de las personas que padecen una enfermedad provocada por sentimientos negativos o estados emocionales que afectan la salud física.⁴

Otra forma indirecta de autodestrucción consiste en la ingestión de sustancias dañinas para la salud como drogas, alcohol y tabaco.⁵

Schneiderman clasifica la conducta suicida en cuatro tipos:

1. La conducta suicida impulsiva, que generalmente se presenta después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo.
2. La sensación de que la vida no vale la pena, sentimiento que suele resultar de un estado depresivo. Aquí, el adolescente considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán.
3. Una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pensar que "no hay otra salida".
4. El intento suicida como medio de comunicación, en donde el joven no desea morir pero, quiere comunicar algo por medio del suicidio y, así, cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean. También puede ser un intento por atraer el interés de los demás o un medio para expresar sus sentimientos de enojo.

Farberow menciona que, en la gran mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente y que,

generalmente, éste exterioriza llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse en forma verbal, por medio de amenazas o de fantasías; o no verbal, en donde surgen desde verdaderos intentos de autodestrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos y menos directos. Estas llamadas de auxilio se dirigen frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular, controlar o expresar algún mensaje a dichas personas, y con ello se espera provocar una respuesta particular. El joven intenta producir acciones o sentimientos particulares en las personas que lo rodean o pretende avergonzar o despertar sentimientos de culpa en ellos.⁵

Durante esta etapa, el adolescente se siente muy inseguro en razón de su desarrollo corporal y, en ocasiones, puede llegar a sentir «que su cuerpo es algo aparte de él». De hecho, siente la necesidad de dominar su cuerpo que se encuentra en constante cambio; pero como puede vivir su cuerpo como un objeto casi externo y extraño, siente que en el momento del intento suicida su cuerpo no es el que realmente recibe la agresión ni que canaliza hacia él sus tendencias agresivas y destructivas. Por otro lado, durante la adolescencia, el individuo abandona gran parte de sus ideas e imágenes infantiles, tan importantes para él durante todo su desarrollo anterior.⁵

De esta manera el intento suicida puede ser la representación de su trabajo de duelo. De acuerdo con Aberastury, durante la adolescencia se elaboran tres duelos básicos: a) el duelo por el cuerpo infantil, b) el duelo por la identidad y el rol infantil, c) el duelo por los padres infantiles, es decir, el duelo por la imagen con que percibía a sus padres durante la infancia. En una situación ideal, la elaboración de estos duelos permitirá que el adolescente continúe con su desarrollo.

En el caso de Cuba, en 1958 la tasa de suicidio superaba la de cualquier país de este hemisferio, a pesar de las dificultades en la recogida del dato primario debido a la existencia de un precario sistema de salubridad y a una confrontación bélica de más de 2 años de duración que se extendía a lo largo y ancho de la isla.^{5, 6}

Es a partir del primero de enero de 1959, con el triunfo de la Revolución, que se inició realmente la prevención general del suicidio, al comenzar a aplicar un grupo

de medidas de apoyo o sostén psicológicos, sociales e institucionales, que contribuían a que los ciudadanos cubanos estuvieran en mejores condiciones de manejar los eventos vitales psicotraumáticos y mitigar los daños que ellos pudieran ocasionar.

En Cuba las lesiones autoinfligidas intencionalmente en edades de 10 a 19 años tuvieron una tasa de 2,4 por 100 000 habitantes en el año 2019, que aumentó a 2,9 en el año 2019; estas constituyeron la tercera causa de muerte en dicho grupo.

En la provincia de Holguín, así como en el municipio de Holguín se ha producido un incremento de los intentos suicidas en los adolescentes, sobre todo a expensas de los grupos de edades de 15 y 19 años de edad, se cuenta con estudios previos sobre la prevalencia, sin embargo, se aprecia un incremento en el número de casos en la población del territorio. A pesar de los esfuerzos realizados en las actividades de educación para la salud y el trabajo con los adolescentes en función de mejorar su calidad de vida, no se han obtenido resultados de impacto en el orden práctico con respecto a esta situación de salud y por lo que nos lleva a realizar investigaciones previas sobre esta temática que hoy nos proponemos estudiar.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expresado nos hemos propuesto realizar este estudio con el fin de determinar el comportamiento del intento suicida en adolescentes en el área de salud del Policlínico "Pedro del Toro Saad", en el año 2020.

Problema científico: ¿Cuál es el comportamiento del intento suicida en adolescentes pertenecientes al área de salud del Policlínico Pedro del Toro Saad en el año 2020?

OBJETIVOS

Objetivo General: Caracterizar el comportamiento del intento suicida en adolescentes en el área de Salud del Policlínico Pedro del Toro Saad en el año 2020?

Objetivos Específicos:

1. Distribuir la muestra según variables sociodemográficas (edad y sexo)
2. Distribuir los adolescentes según resultado final del intento suicida.
3. Identificar los métodos más utilizados por los adolescentes.
4. Identificar los motivos del intento suicida.
5. Determinar el funcionamiento familiar del entorno de los adolescentes

MARCO TEÓRICO.

El parasuicidio o intento suicida, es definido como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención. El intento suicida y el suicidio son las 2 formas más representativas de la conducta suicida, aunque representan un recorrido que va desde la idea suicida hasta el suicidio.¹

El suicidio es un tema controvertido, que pese a su carácter individual, es considerado como un grave problema de salud en casi todas las regiones del mundo. Es aún un enigma el por qué los seres humanos orientados hacia la vida se entregan a comportamientos autodestructivos.²

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, el que ve el suicidio como una idea romántica y aquél que realmente lo lleva a cabo. 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.³

El suicidio de los adolescentes es un tema que suele callarse y evadirse pues impacta y cuestiona el sistema familiar y social en que vivimos; sin embargo, es importante conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto y cómo puede prevenirse.⁴

Vinoda, uno de los expertos en el tema, dice que el suicidio es un fenómeno complejo que comprende factores físicos, sociales y psicológicos que actúan e interactúan; sin embargo, la forma en que el individuo se relaciona con su medio

ambiente y cómo afecta este último su personalidad, son causas que determinan que el individuo intente suicidarse o no. ⁵

Todos los suicidios y los intentos suicidas hablan de una crisis emocional, de una perturbación en la forma en que se vive, de un desacuerdo social, además de otros factores adicionales que revisaremos más adelante. ⁶

El suicidio de los adolescentes puede tener varios significados, aparte de los mencionados. Éstos son aplicables a todas las edades de la vida, pero debe advertirse que, en función de la madurez del individuo, hay significados que se aplican preferentemente a ciertos períodos de la vida. ⁷

Beachler describe varios significados posibles:

1. La huida, es decir, el intento de escapar de una solución dolorosa o estresante mediante el atentado en contra de su vida, ya que ésta se percibe como insoportable.
2. El duelo, cuando se atenta contra la vida propia después de la pérdida de un elemento importante de la persona.
3. El castigo, cuando el intento suicida se dirige a expiar una falta real o imaginaria. Aquí el joven se siente responsable por un acto negativo y desea autocastigarse para mitigar la culpa.
4. El crimen, cuando el joven atenta contra su vida, pero también desea llevar a otro a la muerte.
5. La venganza, es decir, cuando se atenta contra la vida para provocar el remordimiento de otra persona o para infligirle la desaprobación de la comunidad;
6. la llamada de atención y el chantaje, cuando mediante el intento suicida se intenta ejercer presión sobre otro.
6. El sacrificio, en donde se actúa contra la vida para adquirir un valor o un estado considerado superior, es morir por una causa.
7. El juego, común en los adolescentes, cuando se atenta contra la vida para probarse a sí mismo o a los demás que se es valiente y parte del grupo.

Kovacs, por su parte, menciona que no puede considerarse la conducta suicida del joven como un acto plenamente dirigido por el deseo de morir; dice que el intento

suicida involucra un debate interno, una lucha entre el deseo de morir y el de seguir vivo. El adolescente que intenta suicidarse, lucha internamente entre ambos deseos. Este dato es importante para las personas que desean ayudar a los adolescentes, pues se sabe que en su interior sí existe un deseo de seguir viviendo.⁸

Por otro lado, algunos autores consideran que la impulsividad propia del adolescente explica en parte el acto suicida. Así, mientras mayor sea la impulsividad de un individuo, mayor será la posibilidad de autodestrucción. Sin embargo, para Haim, el factor más significativo del adolescente que intenta suicidarse, es su incapacidad interna de elaborar y superar los procesos de pérdida y duelo por los que pasa, de manera que prolonga sus sentimientos de decepción y dolor.⁹

A su vez, Peck encontró una relación entre la incapacidad del joven para manejar las situaciones angustiantes y la tendencia al suicidio, y una preocupación excesiva con respecto al fracaso. Así, la conducta autodestructiva puede entenderse como un mecanismo utilizado por algunos jóvenes para manejar tanto el estrés como las situaciones indeseables en la vida.⁹

En toda conducta destructiva existe una buena cantidad de agresión que puede dirigirse hacia adentro; es el caso de los estados depresivos y las tendencias autodestructivas; o dirigirse hacia afuera, por medio de actos delictivos o agresivos. Desde el punto de vista "interaccional", se ha aceptado que cuando la agresión se dirige hacia afuera, se establece una relación entre el que agrede (en este caso el adolescente) y quien recibe la agresión.

Como la interacción puede darse en muchos niveles, desde el verbal hasta el físico, las dos personas o grupos que interactúan en este juego de agresión, lo hacen de la misma forma en que manejan el resto de su relación (la cual originalmente promovió la agresión) y, con seguridad, caerán en un círculo vicioso. Es decir, si el adolescente percibe cierto rechazo o la situación familiar le provoca sentimientos de enojo y de agresión, expresará estos sentimientos o el rechazo por diversos medios; a su vez la familia recibirá estas expresiones agresivas de la misma forma, lo que fomentará una mayor agresión hacia el joven y de esta manera se alimentará un

círculo vicioso en donde se requiere de una verdadera comunicación para romper la cadena de agresiones. En caso de que el suicidio ocurra dentro de un contexto interaccional como éste, se observa que el comportamiento autodestructivo es un medio para comunicarle a los demás sentimientos, demandas o súplicas que el adolescente no sabe expresar de otra manera. Por lo tanto, el comportamiento autodestructivo se convierte en una comunicación con un propósito determinado y con un contenido dirigido hacia un público específico.¹⁰

La seriedad del intento suicida radica en lo que el joven hace o deja de hacer para ser descubierto antes de morir. Si el fin del acto es comunicar un estado de descontento en general, el joven provocará ser descubierto antes de alcanzar su cometido de morir; sin embargo, aunque esta actuación es de menor gravedad que la de un adolescente que arregla todo para no ser descubierto, siempre debe prestarse la atención debida y ayudar al joven a elaborar y superar la crisis por la que pasa.¹⁰

¿Pero qué factores familiares pueden llevar a un joven a desear quitarse la vida? Existen desde luego factores que fomentan el suicidio en los adolescentes, pero que en sí mismos no son decisivos para que se decida hacer un intento suicida. Muchos de ellos pueden contribuir a la confusión y a la depresión del joven, pero se requiere la conjunción de una diversidad de factores para que se llegue al extremo de la autodestrucción. Se ha observado que en las familias de adolescentes suicidas los padres tienden a ser débiles internamente y que a su vez padecen fuertes sentimientos de depresión, desesperanza y desaliento.¹¹

El joven que por el momento en que pasa, sufre esos mismos sentimientos, no posee las herramientas para manejarlos, pues ha visto en casa una incapacidad para manejar sentimientos negativos. Por otro lado, las familias del individuo autodestructivo suelen tener problemas para controlar sus impulsos, es decir, los miembros de la familia tienden a ser impulsivos en su enfrentamiento diario con la vida. También puede existir una tendencia familiar a manejar el estrés de manera inadecuada, y el joven aprende que éste o cualquier tipo de presión son situaciones intolerables que deben evitarse a toda costa.¹¹

En este tipo de familias suele haber conflictos constantes, particularmente separaciones, y antecedentes patológicos especialmente de alcoholismo o alguna adicción en uno o ambos padres. ¹¹

En general, en estas familias existe una estructura alterada que se caracteriza por un sistema cerrado que inconscientemente prohíbe a sus miembros comunicarse entre sí y relacionarse estrechamente con el exterior. De manera que el joven se siente aislado dentro y fuera de casa, en donde tampoco la comunicación se da abiertamente.

En relación con el manejo afectivo, las familias de los adolescentes que tienden al suicidio, suelen mostrar un patrón agresivo de relación, con dificultades para expresar el enojo y la agresión, así como una depresión familiar generalizada. Las relaciones intrafamiliares se encuentran desbalanceadas y el adolescente -por norma- sirve de chivo expiatorio que carga con las culpas, los defectos o las partes malas de la familia. De esta manera, el joven deprimido siente que no es deseado y que no se le quiere, tiene un sentimiento doloroso de abandono que expresa por medio del aislamiento y, posteriormente, de un intento suicida. ¹²

Resumiendo, las razones psicodinámicas más comunes en los intentos suicidas son:

- Un dolor psíquico intolerable del cual se desea escapar.
- Necesidades psicológicas frustradas, tales como: seguridad, confianza y logros.
- Un intento por acabar con la conciencia, sobre todo la del dolor.
- Falta de opciones, o bloqueo para verlas.
- Un impulso súbito de odio a sí mismo, en un marco de alineación grave,
- Una autoevaluación negativa, con autorrechazo, desvaloración, culpa, humillación, sensación de impotencia, desesperación y desamparo.

Como se mencionó anteriormente, en el acto suicida siempre habrá una lucha interna entre el deseo de morir y el de seguir viviendo. Generalmente, el individuo suicida pedirá auxilio de una u otra forma. Si cerca de nosotros se encuentra algún adolescente cuyo comportamiento, ya sea verbal o no verbal, revela que el joven

podría intentar suicidarse, hay que atender esas señales pues existe la posibilidad de ayudarlo o de buscar el apoyo de profesionales que pueden guiarlos en el manejo de sus problemas.¹³

La familia siempre será la fuente principal de apoyo y aceptación. En ocasiones, la inexperiencia o las propias vivencias pueden alterar el funcionamiento de la familia. Este hecho puede verse reflejado en la depresión de uno de los hijos. Lo importante no es encontrar culpables, sino descubrir el problema a tiempo para darle la mejor solución posible".

"El suicidio entre los jóvenes es una tragedia no mencionada en nuestra sociedad. De manera tradicional se ha evitado la idea de que nuestros jóvenes encuentran la vida tan dolorosa que de forma consciente y deliberada se causan la muerte. En algunos casos puede ser más fácil llamar " accidente" a un suicidio. El índice de suicidios para niños menores de 14 años de edad está incrementándose a un ritmo alarmante y para los adolescentes está aumentando aún más rápido.¹⁴

En un estudio retrospectivo de admisiones a una sala de emergencias de un hospital pediátrico durante un periodo de 7 años, los investigadores identificaron a 505 niños y adolescentes que habían intentado suicidarse (Garfinkel, Froese y Hood, 1982). Este grupo fue comparado con un grupo control de niños que eran similares en edad, sexo y fecha de admisión. Los niños en el grupo suicida presentaron las siguientes características¹⁵:

- Hubo tres veces más niñas que niños.
- Los síntomas clínicos mostrados más a menudo tanto por niños como por adolescentes fueron afecto fluctuante y agresividad, hostilidad o ambos.
- La mayor parte de los intentos de suicidio ocurrieron en el hogar (73%), el 12% en áreas públicas, el 7% en la escuela y el 5% en la casa de un amigo. En el 87% de los casos alguien más estaba cerca – por lo general los padres-.
- La mayor parte de los intentos fueron realizados durante los meses de invierno, en la tarde o en la noche.
- La sobredosis de fármacos fue el medio principal del intento de suicidio.

- Más del 77% de los intentos fueron considerados de letalidad baja, el 21% moderadamente letales y poco más del 1% muy letales.

Elizabeth Kubler- Ross (1983), una psiquiatra que ha investigado y escrito de manera extensa acerca de la muerte y la agonía, ha perfilado una serie de reacciones que las personas experimentan cuando un miembro de la familia ha cometido suicidio:

La primera de 3 etapas se caracteriza por conmoción, negación y aturdimiento. Les es difícil hablar al respecto, tienden a evitar usar la palabra suicidio y pasan por los arreglos del funeral como si no tuviera significado personal. El dolor es tanto, que se cierran a sus propios sentimientos.¹⁶

En la segunda etapa, comienzan a experimentar pena. Tratan de culpar a alguien o a sí mismos por lo que pasó y por último expresan cólera hacia el difunto: ¿Cómo pudiste hacernos esto?

La tercera etapa es dejarlo ir, o terminar un asunto incompleto (como el hecho de pensar: "nunca le dije que lo amaba").

Existen diversas teorías acerca de la conducta suicida:

1. Factor biológico: Señala un debilitamiento de las funciones cerebrocorticales elevadas, demostrándose una disminución de serotonina en sangre, así como de 5 HIAA (aminoácido 5 hidroxindolacético) sobre todo en el LCR, con lo cual los antidepresivos del organismo están muy bajos.
2. Factor sociocultural.
3. Fallas de los mecanismos adaptativos del sujeto a las contingencias del medio.
4. Teoría multifactorial: Esta incluye a las anteriores, pero además tiene en cuenta la constitución genética hereditaria que hace proclive al individuo hacia el suicidio.

Es obvio que el intento suicida es un problema de salud serio, razón por la cual resulta importante que el médico de familia enfatice en la atención integral desde edades tempranas y que tenga siempre presente que el adolescente le da una connotación o significado especial a los defectos físicos visibles, sobre todo si a

causa de éstos sus coetáneos se burlan de él, y por último algo fundamental, se debe llevar a cabo la intervención y aplicación con estricto cumplimiento del Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida en nuestro país.¹⁷

DISEÑO METODOLÓGICO:

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en el Policlínico Pedro del Toro Saad, en el período comprendido de enero a diciembre del 2020, con el objetivo de caracterizar el comportamiento del intento suicida en adolescentes (de 12 a 19 años)

Universo y muestra

Universo: Estuvo constituido por la totalidad de los 56 pacientes adolescentes de riesgo del Policlínico Pedro Ángel del Toro Saad en el año 2020.

Muestra: 32 adolescentes entre 12 y 19 años, con intento suicida del Policlínico Pedro Ángel del Toro Saad en el año 2020.

Criterios de inclusión.

Se incluyeron los adolescentes de riesgo que realizaron alguna acción de intento suicida y que ellos y sus padres dieron el consentimiento de participar en la investigación.

Criterios de exclusión.

Se excluyeron los adolescentes que realizaron el intento suicida y que no acudieron a los servicios de salud del policlínico y que el intento fue referido y no pudo ser verificable.

Sistematización de las variables:

Variable	Clasificación	Escala	Descripción	Indicador
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino Masculino	Según sexo biológico	Numero Por ciento
Edad	Cuantitativa continua	12-13 años 14-15 años 16-17 años 18-19 años	Según edad en años	Numero Por ciento
Intento suicida	Cualitativa nominal dicotómica	Frustrado Consumado	Según el resultado del intento suicida	Numero Por ciento
Método más utilizados	Cualitativa nominal politómica	-Ingestión de medicamentos -Heridas en la muñeca -Ahorcamiento -Inanición.	Según métodos más utilizados para el intento suicida	Numero Por ciento
Motivos del intento suicida	Cualitativa nominal politómica	-Problemas familiares -Problema con pareja -Depresión -Problemas en la escuela -Incomprensión -Muerte de un ser querido -Llamar la atención	Según el motivo que llevo al intento suicida	Numero Por ciento

Caracterización de la familia	Cualitativa nominal dicotómica	Funcional Disfuncional	Se aplica para el funcionamiento familiar a determinar.	Numero Por ciento
-------------------------------	--------------------------------	---------------------------	---	-------------------

Métodos Teóricos:

- **Histórico-Lógico:** a través de este método se pudo estudiar y describir los antecedentes del problema desde un marco mundial, en el país, la provincia, el municipio y el área de salud donde se realiza el trabajo.
 - **Análisis-Síntesis:** se utilizaron para determinar el estado actual del problema que se investigó, así como sus causas, además del análisis cuali-cuantitativo de los resultados utilizados.
 - **Inductivo – deductivo:** ambos se complementan entre sí, del estudio de numerosos casos particulares a través de la inducción se llega a determinar generalizaciones, leyes empíricas, las que constituyen puntos de partida para definir o confirmar formulaciones teóricas.

De dichas formulaciones teóricas se deducen nuevas conclusiones lógicas, las que son sometidas a comprobaciones experimentales, de ahí que solamente la complementación mutua entre estos procedimientos puede proporcionar un conocimiento verdadero sobre la realidad; lo que permitió en la investigación mediante el estudio de casos particulares y los razonamiento inductivos y deductivos a partir de elementos particulares relacionados con el intento suicida en adolescentes para arribar a conclusiones y recomendaciones con propósitos específicos.

Métodos Empíricos:

Métodos estadísticos: El procesamiento estadístico se realizó mediante el análisis de frecuencia simple y la distribución porcentual para presentar los resultados en tablas.

Cuestionario: para profundizar en los métodos y vías para el intento suicida , junto a la historia clínica.

Recolección información.

Para la recolección de la información se creó un cuestionario aplicado al familiar más cercano al paciente en el que se incluyeron las siguientes variables: edad de la adolescencia de 12 a 19 años subdividiendo en grupos de edades con un año de diferencia, el sexo, según características biológicas, principales métodos empleados en el intento suicida, motivos del intento así como clasificación de la familia de procedencia en funcional o disfuncional según criterios establecidos. Anexo 2.

Fue indispensable el uso de hojas de cargo, historia clínica familiar e individual, acceso a la base de datos del policlínico.

Procesamiento información.

Los datos obtenidos se vaciaron en una base de datos para realizar el trabajo con mayor organización, se utilizó el método del tarjado, se procesó la información mediante una computadora en la que se aplicaron los programas Microsoft Excel y Microsoft Word,. se expresaron en forma de números absolutos y por cientos y posteriormente. los resultados fueron expuestos en cuadros de distribución de frecuencia simple y de asociación de variable para su mejor comprensión

Consideraciones éticas.

e) Aspectos éticos:

Se tuvo en cuenta los Principios Éticos para la Investigación Médica con datos provenientes de seres humanos de la World Medical Association Declaration of Helsinki y la Guía de OMS para los Comité de Ética de las Investigaciones,

establecida por el Council for International Organizations of Medical Sciences(CIOMS) en el 2002

En la fase informativa de la investigación no se hizo mención a nombres o direcciones.

Utilería:

Donde se utilizaron los recursos a la disposición como la computadora portátil de marca asus, además de acceso al internet e impresora con paquetería de hojas tipo carta para el apoyo físico del mismo.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Cuadro 1. Comportamiento de intento suicida según la variable sexo en adolescentes del policlínico Pedro del Toro Saad. Enero- diciembre 2020.

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	Nro	%	Nro	%	Nro	%
12-13	3	9.4	1	3.1	4	12.6
14-15	5	15.6	1	3.1	6	18.7
16-17	10	31.3	4	12.5	14	43.7
18-19	5	15.6	3	9.4	8	25.00
Total	23	71.9	9	28.1	32	100.00

Fuente: Registro estadístico del Área de Salud

En el cuadro 1 se muestra la distribución de los pacientes según edad y sexo donde predominó el femenino con un 23(71.9 %) y las edades comprendidas de 16 y 17 años con 14 representando el 43.7 %.

Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Garfinkel, Froese y Hood en el año 1982 y con la Dra. Alicia Mondeo Gálvez⁵ en el 2019 en Cuba en el municipio Holguín, en relación a los adolescentes donde predominó en el sexo femenino y éste grupo de edades lo que consideramos en relación con la mayor labilidad afectiva de las féminas en esta etapa de la vida y su mayor predominio de población femenina adolescente en el área objeto de estudio.

En Cuba, los datos epidemiológicos muestran incrementos en las tasas de intento suicida en la población joven, en particular de 14 a 19 años (Híjar, Rascón, Blanco y López, 1996).¹²

A pesar de que el presente estudio concluye que la mayor incidencia de intento suicida fueron los comprendidos entre los 16 y 17 años, es importante señalar, que los rangos de edades utilizados son con toda intensidad, no solamente definir, como

en estudios anteriores, si eran más frecuentes en la adolescencia temprana, que es la comprendida entre los 10 a 14 años o en la adolescencia tardía, de 15 a 19 años, sino también, en qué extremo de la adolescencia tardía era más frecuente, ya que los intereses biológicos, psicológicos y sociales, no siempre son los mismos en un adolescente de 15 años, que un adolescente de 19 años. Cabe mencionar que si se amplía el rango de edad coincidiría indudablemente con estudios anteriores.

Cuadro 2. Comportamiento del resultado final del intento suicida según la edad, en adolescentes del policlínico Pedro del Toro Saad. Enero- diciembre 2020.

Edad	Frustrado		Consumado		Total		
	N	%	N	%	N	%	%
12-13	4	12.5	0	0	4		12.5
14-15	5	15.6	1	3.1	6		18.7
16-17	11	34.4	3	9.4	14		43.7
18-19	7	21.9	1	3.1	8		25.0
Total	27	84.4	5	15.6	32		100

Fuente: Registro estadístico del Área de Salud

En el Cuadro número 2 podemos observar que la gran mayoría de los intentos suicidas fueron frustrados con el 84.38 % y 5 intentos se consumaron como tal, para un 15.62% coincidiendo con el rango de edades de 16 a 17 años lo que numéricamente no es representativo de acuerdo a la muestra. Sin embargo, desde el punto de vista social si tiene un gran impacto y representatividad teniendo en cuenta que se trata de 5 adolescentes fallecidos que si se hubiera trabajado de manera efectiva con este grupo de riesgo se hubiera evitado la consumación de algunos de estos actos.

Al respecto la mayoría de los autores como Valdés Arístides, Torres Lio-Coo, Josué Díaz, Roberto Rodríguez y Kaplan¹⁶ plantean que son las mujeres las que más consuman el acto. En este caso lo relacionamos con que 2 pacientes consumados estaban dispensarizados como paciente psiquiátricos con tratamiento y seguimiento médico por la especialidad de psiquiatría y desde hacía varios meses no acudían a dicha consulta.

Cuadro 3. Métodos más utilizados para el intento suicida en adolescentes según sexo. Policlínico Pedro del Toro Saad. Enero- diciembre 2020.

Métodos utilizados	femenino		masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ingestión de Medicamentos	18	56.25	6	18.76	24	75
Heridas en la muñeca	4	12.50	0	0	4	12.50
Ahorcamiento	1	3.12	3	9.37	4	12,5
Inanición	0	0	0	0	0	0
Total	23	71.87	9	28.13	32	100

Fuente: Historias clínicas individuales

En el cuadro número 3 se observa que en cuanto a los métodos más utilizados, para realizar el intento suicida, es la ingestión de medicamentos fue el método más ampliamente utilizado de manera general con el 75% predominando de sobremanera en el sexo femenino con más del 50% del total de todos los intentos como refleja toda la bibliografía revisada aunque en los hombres también predomino esta vía como forma del intento con casi el 20% del total de casos.

Cuatro de los sujetos estudiados optó por el ahorcamiento, de ellos 3 hombres, de los cuales 2 fueron consumados.

Los resultados antes expuestos concuerdan con otros estudios donde en general las mujeres utilizaron métodos menos letales y los psicofarmacos para llevar a cabo dicho acto. Al respecto, González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina-Mora (1998)^{25,26} señalan que en general los hombres cuando intentan suicidarse lo consuman con mayor frecuencia que las mujeres ya que posiblemente, lo hacen bajo un malestar depresivo más profundo y por ello, utilizan métodos más drásticos y efectivos.

En lo que respecta a los métodos utilizados tanto por mujeres como por hombres para realizar el intento suicida, se encontró que el método más utilizado fue la ingestión de medicamentos, el segundo lugar lo ocupa ahorcamiento.

Comparando los resultados con estudios de 1997 y del 2000, se encontraron resultados divergentes ya que tanto en hombres como en mujeres a diferencia que lo encontrado en este estudio, el método más utilizado fue cortarse con algún objeto punzocortante.

Es necesario decir que, en las dos encuestas, y en ambos sexos, la ingesta de medicamentos ocupó el segundo lugar. Cabe resaltar que los porcentajes más altos los obtuvieron las mujeres con una proporción de hasta 20 puntos porcentuales.

Otro punto importante que hay que señalar, es que en las encuestas anteriores el tercer método utilizado fue el ahorcarse y / o asfixiarse y el dejar de comer tuvo porcentajes muy mínimos, y en los hombres no se presentó.

En este sentido, Híjar, Rascón, Blanco y López (1996),¹⁶ mencionan que el hecho de que se utilicen más estos medios para realizar el intento suicida, reside en la accesibilidad y disponibilidad que se tiene a ellos.

Asimismo, cabe mencionar que el analizar la utilización de los métodos resulta de vital importancia, ya que éstos determinan, en gran medida, que el suicidio se consuma o no; y que el controlar el acceso a ellos sería una alternativa de

prevención.

En tanto que Marchiori, (1998)³⁸ menciona que el ambiente socio-cultural, económico y el nivel de estudios, inciden en la elección del instrumento, que tiene que ver precisamente con el ambiente familiar y social de la persona.

También se debe tener en consideración que la edad tiene que ver con la elección del método.

Finalmente, Tozzini (citado en Marchiori, 1998)³⁸ señala que la persona que intenta suicidarse elige el método que habrá de utilizar en base a cuatro aspectos: 1) su personalidad; 2) conocimiento que tenga sobre la idoneidad de dicho procedimiento; 3) el deseo real de morir y 4) las posibilidades de empleo a su alcance.

Cuadro. 4. Motivos para el intento suicida en adolescentes según sexo del policlínico Pedro del Toro Saad. Enero- diciembre 2020.

Motivo	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Problemas familiares	8	25.0	4	12.50	12	37,5
Problemas con pareja	8	25.0	3	9.39	11	34.37
Depresión	1	3.12	0	0	1	3.12
Problemas en la escuela	3	9.39	1	3.12	4	12.5
Incomprensión	1	3.12	0	0	1	3.12
Muerte de un ser querido	1	3.12	0	0	1	3.12
Llamar la atención	1	3.12	1	3.12	2	6.27
Total	23	71.87	9	28.13	32	100

Fuente: Historia Clínica Individual

El cuadro número 4 muestra que en lo que respecta a los motivos por los cuales se intentaron suicidar, el principal reportado fueron los problemas familiares y con la pareja, con 8 intentos suicidas en cada caso, representando entre estos dos motivos el 50% del total de los motivos, seguido de los problemas en la escuela.

Cabe mencionar, que tanto hombres como mujeres adolescentes que han intentado suicidarse, no tienen papá o mamá o no viven con ellos. A este respecto, Fernández, González y Lasa 1998, citado en; González-Forteza, Mariño, Mondragón y Medina–Mora, 2000)²⁵ señalan que las interacciones familiares, desempeñan un papel crucial en el desarrollo de conductas suicidas, en adolescentes, argumentando que una relación familiar inexistente o conflictiva es un factor de riesgo para llevar a cabo un intento suicida.

Por su parte Menéndez (1990, citado en; Gómez, 1996)²⁷ describe severas relaciones de conflictos familiares, falta de comunicación entre los miembros de la familia como características comunes de un ambiente familiar de conductas suicidas.

Al respecto Villar (2002)⁵⁵ menciona que un entorno familiar que ejerce un mal soporte se correlaciona con una mayor incidencia de conductas suicidas en los hijos adolescentes. Además de que situaciones como violencia, abuso de alcohol, abandono de los hijos, o delincuencia de los padres, producen en los adolescentes angustia, estrés, frustración y depresión constantes; y por tal motivo pueden ver el suicidio como la única forma de resolver sus problemas.

También menciona, que las familias de los adolescentes hombres con intentos de suicidio tienen como antecedente más frecuente la delincuencia y suicidio de algún miembro de su familia. En cuanto a las mujeres, los intentos de suicidio se presentan más frecuentemente precedidos de abuso físico o sexual, de una mala relación entre los padres, abuso de sustancias de algún hermano o alguno de los padres y el fallecimiento de un miembro de la familia.

En tanto que, las investigaciones criminológicas están descubriendo, que los

intentos de suicidio y las depresiones profundas son frecuentes en los adolescentes inestables emocionalmente por problemas familiares según (Morón, 1992).²⁵

Cuadro 5. Intento suicida y funcionamiento familiar

Funcionamiento familiar	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Familia funcional	8	25.0	3	9.37	11	34.37
Familia disfuncional	15	46.87	6	18.75	21	65.63
Total	23	71.87	9	28.12	32	100

Fuente: Anexo 3

Al analizar el cuadro número 5 nos percatamos que la mayoría de los intentos suicidas se desarrollan en el seno de familias disfuncionales donde encontramos a 21 pacientes, lo que representa el 65.63% del total. Es necesario señalar que los adolescente que consumaron el hecho provienen de una familia disfuncional.

Marchiori (1998) cita un trabajo realizado por la OMS de Martínez Gomez¹⁶ en el cual se señala que el comportamiento suicida entre los jóvenes se debe principalmente a la disgregación familiar y a los cambios sociales, esto quiere decir que un ambiente familiar problemático y disfuncional puede desencadenar intentos de suicidio en los adolescentes.

De acuerdo con Guibert (2002),³⁷ la familia sigue siendo, la principal fuente de apoyo social y emocional y es a la que se acude en momentos de crisis. Sin embargo, cuando el individuo no tiene dicho apoyo, su capacidad para adaptarse, asimilar y enfrentar los eventos de la vida diaria disminuyen por lo que tras esta investigación debemos de reconocer la importancia de los valores con los que se educa cada niño y la muestra de cariño junto al cumplimiento de los roles de cada integrante de la familia.

CONCLUSIONES

- El intento suicida predominó en el grupo de edades de 16 - 17 años y del sexo femenino.
- Prevalió el intento suicida no consumado en el 84.4% de los casos y aunque se consumó en el 15.6% si constituye un problema social donde la ingestión de medicamentos fue la vía fundamental.
- Los problemas familiares, de pareja y en la escuela fueron las causas mayormente detectadas del intento suicida, demostrándose la presencia e influencia del entorno disfuncional asociado al mismo.

RECOMENDACIONES.

1. Continuar profundizando en el estudio dándole seguimiento a los adolescentes de riesgo y que han realizado intentos suicidas.
2. Realizar intervenciones comunitarias sobre el tema y así disminuir la incidencia del intento suicidad en adolescentes.
3. Ejercer mayor control sobre el acceso a medicamentos por los adolescentes de riesgo así como perfeccionar el accionar comunitario y del sistema sobre las familias disfuncionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suicidio: la violencia autoinfligido. Capítulo VII del "Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud". OPS [en línea] [Citado: 20 de abril de 2020]. Disponible en:
http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm_p111
2. Pérez Barrero SA. ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? [en línea] [Citado: 21 de abril del 2020]. Disponible en:
<http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/index.shtml>
3. Orizondo Bargas OS. Bioética y suicidio: una aproximación a la problemática actual. [Tesis de diplomado en Suicidología]. Facultad "Comandante Manuel Fajardo". Ciudad de La Habana, 2001. [Citado: 21 de abril del 2020]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php.es>
4. Portzky G, Audenaert K, Van Heeringen K. Trastornos adaptativos y curso del proceso suicida en adolescentes. Journal of Affective Disorders. 2005; ago;87(3):265-70. [Citado: 21 de abril del 2020]. Disponible en: www.medigraphic.com / <http://scielo.sld.cu/scielo.php.es>
5. Schneiderman, Vinoda, citado por Carmen rosa aguilera Arzuaga en el 2018. Características del intento suicida en adolescentes. [Citado: 21 de abril del 2020]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php.es/www.revcomed.sld.su>
6. Colectivo de autores. Salud mental experiencias cubanas. Adicciones y conducta suicida. Vol.3. La Habana: MINSAP; 2020. [Citado: 21 de abril del 2020]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/san/volumen1,2,3,4>
7. Naciones Unidas. Mueren más personas por suicidios que por guerras y homicidios. [en línea] 2009 [Citado: 21 de mayo del 2020]. Disponible en:

<http://www.infomed.sld.cu/servicios/aldia/view.php?idn=26199> /
<http://scielo.sld.cu/scielo.php.es>

8. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2010 [en línea]. La Habana; 2010 [Citado: 23 de mayo del 2020].
Disponible en:
<http://files.sld.cu/dne/files/2011/04/anuario-2010-e-sin-graficos1.pdf>
9. Hospital Pediátrico Docente "Juan Manuel Márquez". Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria: Departamento de Estadística; 2016. [Citado: 23 de mayo del 2020].
Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php.es>
10. Calvo JM, Sánchez R, Tejada P. Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes. Rev salud pública. 2008;5(2):123-43. [Citado: 23 de mayo del 2020].
Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php.es>
11. Dorta Correa Y, Cruz Robaina JC. Comportamiento clínico epidemiológico del intento suicida en el Hospital "Comandante Pinares". Congreso Panamericano de Salud Mental Infante Juvenil. La Habana: 2008. [Citado: 23 de mayo del 2020].
Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php.es>
12. Turiño Pedraja JA, Castro Perdomo FE. Conducta suicida en niños y adolescentes. Aspectos éticos y morales. Rev Hum Med [en línea] 2004 Abr [Citado: 5 de agosto del 2020]; 4(1).
Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S17278120200400010004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Noa López J, Miranda Vázquez M. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. MEDISAN[en línea] 2010 [Citado: 20 de agosto del

2020];14(3).

Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_3_10/san11310.htm

14. Pérez-Olmos I, Rodríguez-Sandoval E, Dussán-Buitrago M, Ayala-Aguilera JP. Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. Rev salud pública vol.9 no.2 Bogotá Apr./June 2007

[Citado: 20 de agosto del 2020].

Disponible en:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000200007

15. Valdés Arístides B. Estudio de adolescentes que tuvieron conducta suicida en un período de 2 años en Guanabacoa. Congreso panamericano de salud mental 2004. Ciudad Habana: 2004.

[Citado: 21 de agosto del 2020].

Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_3_10/san11310.htm

16. Torres Lio-Coo V, Josué Díaz L, Roberto Rodríguez NR, Font Darías I, Gómez Arias MB. Conducta suicida en pacientes atendidos en un Centro de Urgencias. Rev Cubana Med Milit. 2005 jul.-sep [citado 21 de agosto del 2020];34(3). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138.es

17. Osornio-Castillo L. Intento de suicidio en adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar. Archivos en Medicina Familiar [en línea] 2001 [Citado: 23 de agosto del 2020]; 3(2):33-9

Disponible en:

http://132.248.192.201/seccion/bd_iresie/iresie_busqueda.php?indice=autor&busqueda=OSORNIO%20CASTILLO,%20LETICIA&par=&a_inicial=&a_final=&sesion=&formato=largo

18. Cortés A, Valdés J, Medina R, Toledo JL, Echemendía B. Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la provincia Sancti

- Spíritus. Rev Cub Hig Epidemiol [en línea] 2010. [Citado: 23 de agosto del 2020];48(1). Disponible: en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_3_10/san11310.htm
19. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención a la conducta suicida.1995. [citado 23 agosto del 2020]. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_3_10/san11310.htm
20. Informe mundial sobre violencia y salud. La violencia auto inflingida. OPS. 2003. [Citado el 2 de septiembre del 2020]. Disponible: www.medigraphic.com
21. Kaplan, H. et al. (1985). Urgencias Psiquiátricas. En Tratado de Psiquiatría. TIII. La Habana. Edit Científico Técnico. [Citado 2 de septiembre del 2020]. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_3_10/san11310.htm
22. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor.1992. [Citado 3 septiembre del 2020]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php.es>
23. Cuba. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud 2005. Lesiones autoinfligidas intencionalmente. [Citado el 3 de septiembre del 2020]. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_3_10/san11310.htm
24. Dirección Provincial de Salud. Balance Anual de Trabajo: CPHE. 2005. . [Citado 3 septiembre del 2020]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php.es>
25. Martínez Gomez, C. Para que la familia funcione bien: Edit Científico-Técnica. La Habana. 2005. p52-62 [Citado el 4 de septiembre del 2020]. Disponible: www.medigraphic.com

26. Guibert Reyes. Aprender, enseñar y vivir es la clave. Edit Científico-Técnica. La Habana. 2006 [Citado el 4 de septiembre del 2020].
Disponible: www.medigraphic.com
27. Colectivo de autores. Toxicomanías y adolescencia. Realidades y consecuencias. Edit Científico-Técnica. La Habana, 2006. [Citado el 4 de septiembre del 2020].
Disponible: www.medigraphic.com
28. Francisca Cruz. En la adolescencia queremos saber: Edit C. Médicas. Ciudad Habana. 2006. [Citado el 4 de septiembre del 2020].
Disponible: www.medigraphic.com
29. Domínguez LG, ed. Psicología del desarrollo: Adolescencia y juventud, Selección de lecturas. Edit científico-Técnica. La Habana. 2006. [Citado el 4 de septiembre del 2020].
Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php.es>
30. Colectivo de autores. Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia. MINSAP. Ciudad de la Habana. 2002. [Citado el 4 de septiembre del 2020].
Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php.es>
31. Martínez G, C. Salud Familiar. Editorial Científico-Técnica. La Habana. 2003. p 60-67. [Citado el 4 de septiembre del 2020].
Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php.es>
32. Quintero Velásquez A. M. La resiliencia: Un reto para trabajo social. En: X Congreso Nacional de Trabajo Social. Cartagena de Indias. Colombia. 2000. [Citado el 4 de septiembre del 2020].
Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php.es>
33. Menéndez Resiliencia y Programas Preventivos del consumo de drogas. <http://www.cedro.org.pe/ebooks/friesgocap1resilienciap1327.pdf>. [Citado el 4 de septiembre del 2020].
Disponible: www.medigraphic.com

34. Basile Héctor S. Resiliencia en adolescentes fortaleza a partir de las crisis. 2003 [Citado el 4 de septiembre del 2020].
Disponibile: www.adolescenciaalape.com
35. Pérez Fernández A. Psicoterapia de grupo con niños, adolescentes y padres: Experiencias de trabajo. Editorial Científico-Técnica, La Habana, 2005. [Citado el 5 de septiembre del 2020].
Disponibile: www.medigraphic.com
36. Guthrie E. La psicoterapia reduce la tentativa de suicidio en sujetos propensos. [Citado el 5 de septiembre del 2020].
[http://www.diario médico.com/psiquiatría/n260701.html](http://www.diario_médico.com/psiquiatría/n260701.html).
37. Guibert R. W. Prevención de la conducta suicida en la Atención Primaria de Salud. Rev. Cub Med Gen Integr. 2002;18(2)62-78.
[Citado el 5 de septiembre del 2020].
Disponibile en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php.es>
38. Pérez Barrero S. Psicoterapia para aprender a vivir. Santiago de Cuba. Editorial Oriente; 2004. [Citado el 5 de septiembre del 2020].
Disponibile en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php.es>
39. Sanchez Pérez A. Caracterización de la conducta suicida en la provincia de Pinar del Río. Año 2000-2005. PSICOHABANA 2006.
[Citado el 5 de septiembre del 2020].
Disponibile en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php.es>
40. Basile Héctor S. El suicidio de los adolescentes en Argentina. 2003.
[Citado el 5 de septiembre del 2020].
Disponibile: www.adolescenciaalape.com
41. Guibert R. W. Epidemiología de la conducta suicida. Rev. Cub. Med. Gen. Integr. 2002.14(4);25-32. [Citado el 5 de septiembre del 2020].
Disponibile en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php.es>
43. Guibert R. W: Del cueto de Inastilla E R. Factores Psicosociales de riesgo de la conducta suicida. Rev. Cub. Med. Gen. Integr. 2003;19 (5)62-78. [Citado el

- 5 de septiembre del 2020].
Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php.es>
44. Prado Rodríguez R. Factores de riesgo en la conducta suicida y las estrategias de prevención. Rev. Hosp. Psiqu. Hab. 2004(2-3);40-52. [Citado el 5 de septiembre del 2020].
Disponible en: <http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAH>
45. Rozados R. Suicidio en adolescentes. [Citado el 5 de septiembre del 2020].
Disponible en:
<http://www.depresion.psicomag.com/comenprelim.php>.
46. Burgain González R, Galeno Feal P, Balo Junquera F. Ingestión de fármacos como causa de suicidio en Galicia. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barcelona. 2000; 27 (1);62-7. [Citado el 5 de septiembre del 2020].
Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php.es>
47. Patricia Barón O. Adolescencia y suicidio. Psicología desde el caribe. Universidad del Norte. 2000. No 6; 48-59. [Citado el 5 de septiembre del 2020].
Disponibile: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_3_10/san11310.htm
48. Valdivia M, Ebner D, Fierro V, Fajardo C, Miranda R. Hospitalización por intento suicida en población pediátrica. Rev Chil Neuro- Psiquiat. 2001;39(3);211 18. [Citado el 5 de septiembre del 2020].
Disponibile: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_3_10/san11310.htm
49. Torres Lio-Coo, Josué Díaz L, Font Darías I, Rodríguez Valdes N.R, Urrutia Zequera. Valoración de algunos aspectos relacionados con el intento suicida en pacientes jóvenes con trastorno de la personalidad. Rev Cub Med Milit. 35(1). Ciudad de la Habana. Enero- marzo. 2006. [Citado el 5 de septiembre del 2020].
Disponibile: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_3_10/san11310.htm
50. Alaez Fernández M; Martínez A. C. y Rodríguez S. C. Prevalencia de los trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género, PSICOTHEMA. 2000; 12(1):525-32.

- [Citado el 5 de septiembre del 2020].
Disponibile: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_3_10/san11310.htm
51. Jesús del Bosque Garza. Conducta suicida y adolescencia. Edit Medigrafic. Artemisa. 2006;63(5):15-9. [Citado el 6 de septiembre del 2020].
Disponibile: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_3_10/san11310.htm
52. Manual de resiliencia. OPS, 2001
[Citado el 6 de septiembre del 2020].
Disponibile: www.adolescenciaalape.com
53. Libertad Martín A. Modelo de optimismo y el novedoso concepto de resiliencia. Rev Cub Salud Pública.v. 29 n.3 Jul-sep 2003.
[Citado el 6 de septiembre del 2020].
Disponibile: www.adolescenciaalape.com
54. Mangrulkar, Leana; Whitman, Cheryl Vince; Posner, Marc. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable en niños y adolescentes. Washington: OPS. Programa de Salud Familiar y Población.
[Citado el 6 de septiembre del 2020].
Disponibile: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_3_10/san11310.htm
55. Unidad Técnica de Adolescencia/ASDI/ Fundación.W:K.Kellogg, 2001.
[Citado el 6 de septiembre del 2020].
Disponibile: www.adolescenciaalape.com
56. Gino Raffo A. La resiliencia. Rev. Latinoam. De psicología, Fraser 1997.
[Citado el 6 de septiembre del 2020].
Disponibile: www.adolescenciaalape.com
57. Silber T. Magdaleno M. La resiliencia, la promoción de la salud y el desarrollo humano. Adolesc. Latinoam. V.2 n.3 Porto Alegre. Abr. 2001.
[Citado el 6 de septiembre del 2020].
Disponibile: www.adolescenciaalape.com

58. Steinhaver, Paul D. Aplicaciones Clínicas y de servicio de la teoría de resiliencia con referencia en particular a los adolescentes. *Adolesc. Latinoam.* V.2 n.3 Porto Alegre. 2001. [Citado el 6 de septiembre del 2020]. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_3_10/san11310.htm

Anexo 1

PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo; _____ Estoy dispuesta a participar en el cuestionario requerido en la investigación y permito el uso de la información por parte de los investigadores, sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y es confidencial.

Autorizo la utilización de mis datos en publicaciones y con otros fines investigativos siempre y cuando resulten beneficiosos para el desarrollo de la ciencia y se mantenga sin revelar mi identidad. Afirmo y confirmo que mi participación es completamente voluntaria, también se me dará la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento de la investigación si así lo deseara sin repercusión en la atención médica. He realizado todas las preguntas que consideré necesarias acerca de la investigación, y en caso de que desee aportar algún nuevo dato o recibir más información sobre el estudio, conozco que puedo dirigirme a:

Dra. Martha M. Nieto Campo Policlínico "Pedro del Toro Saad.

Nombre y Apellidos _____ Firma _____

Dirección particular: _____

Fecha _____ Lugar _____ Hora _____

Anexo 2

CUESTIONARIO: Aplicar al familiar del paciente.

1. DATOS GENERALES DEL PACIENTE.

Área de salud: _____

Edad: __ Sexo-----

Analice cada pregunta y responda con sinceridad, marcando con una cruz (x) la alternativa que usted considere correcta.

1. Según el resultado del intento suicida.
 - ✓ Murió el adolescente tras cometer el acto de intentar suicidarse.

 - ✓ SI-----NO-----
2. Que método utilizó el adolescente para tratar de suicidarse.
 - ✓ Ingestión de Medicamentos -----
 - ✓ Heridas en la muñeca -----
 - ✓ Ahorcamiento -----
 - ✓ Inanición -----
3. Que motivos cree usted que su hijo tuvo para tomar la decisión de intentar el suicidio.
 - ✓ Problemas familiares -----
 - ✓ Problemas con pareja -----
 - ✓ Problemas de escuela-----
 - ✓ Depresión-----
 - ✓ Muerte de un ser querido -----
 - ✓ Incomprensión -----

✓ Llamar la atención -----

4. De acuerdo al funcionamiento de su familia responda.

✓ Como es la relación entre la familia

- Buena SI-----NO-----

- Regular SI-----NO-----

- Mala SI-----NO-----

✓ Todos cumplen con las responsabilidades del hogar.

✓ Mantienen una rutina para demostrar cariño y respeto hacia todos los que viven en el hogar. -----

✓ Motivas el desarrollo de los sueños de tu hijo-----

✓ En situaciones difíciles le ayudas a tomar en conjunto la mejor decisión respetando su opinión.-----

✓ No hay violencia familiar en casa, ya sea física o verbal-----

ANEXO 3

TEST DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL - T)

A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

Test		Casi Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas Veces	Casi siempre
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
1	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas					

0	situaciones.					
1 1	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
1 2	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
1 3	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
1 4	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

FFSIL-CALIFICACION Autora: Dra. C. Isabel Lauro. Creada y validada en Cuba

Este instrumento se utilizó para determinar el diagnóstico de funcionalidad de la familia y las necesidades de aprendizaje reales de la misma. Para la cual se emplea la siguiente valoración cuantitativa:

Calificación por ítem	Valor (puntos)
Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1
Diagnóstico	Puntuación
Familia Funcional	70 a 57
Moderadamente Disfuncional	56 a 46
Disfuncional	45 a 28
Severamente disfuncional	27 a 14

La necesidad de aprendizaje por categoría se determinó de acuerdo a la puntuación de sus ítems correspondientes:

Ítem	Categoría
1 y 8	Cohesión
2 y 13	Armonía
5 y 11	Comunicación
6 y 10	Adaptabilidad
4 y 14	Afectividad
3 y 9	Rol